



MESTRADO

História, Relações Internacionais e Cooperação

A Mutilação Genital Feminina/Corte em Portugal

Ana Carolina Barbosa Monteiro Enes

M

2016



Ana Carolina Barbosa Monteiro Enes

A Mutilação Genital Feminina/ Corte em Portugal

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História, Relações Internacionais e
Cooperação, orientada pela Professora Doutora Teresa Maria Resende Cierco Gomes
e coorientada pelo Professor Doutor André Pereira Matos

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

setembro de 2016

A Mutilação Genital Feminina/ Corte em Portugal

Ana Carolina Barbosa Monteiro Enes

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História, Relações Internacionais e
Cooperação, orientada pela Professora Doutora Teresa Maria Resende Cierco Gomes e
coorientada pelo Professor Doutor André Pereira Matos

Membros do Júri

Professor Doutor Luís Antunes Grosso Correia
Faculdade de Letras - Universidade do Porto

Professora Doutora Ana Cláudia Carvalho Campina
Universidade Portucalense

Professora Doutora Teresa Maria Resende Cierco Gomes
Faculdade de Letras - Universidade do Porto

Classificação obtida: 14 valores

Índice

Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	vii
Abstract	viii
Lista de acrónimos	ix
Índice.....	v
Introdução	12
Capítulo I – Enquadramento Teórico	15
1.1 Direitos Humanos.....	15
1.2 Outros conceitos relacionados.....	32
1.3 MGF/C e os Direitos Humanos	39
Capítulo II – Mutilação Genital Feminina/ Corte	41
2.1 Conceito	41
2.2 Contextualização Histórica	46
2.3 Motivações e Consequências	49
2.4 Alguns dados sobre a prática da MGF/C.....	54
2.5 Reações das instituições à MGF/C.....	59
Capítulo III – A MGF/C em Portugal	66
3.1 Caracterização do problema	66
3.2 Instituições públicas e privadas que lidam com o problema	78
3.3 Criminalização da prática.....	87
Considerações Finais.....	91
Bibliografia	92
Anexos.....	98

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida, pelo que agradeço a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a sua concretização.

À minha orientadora, Professora Doutora Teresa Cierco, e ao meu coorientador Professor Doutor André Pereira Matos, por toda a orientação e acompanhamento constante na realização desta dissertação, por todos os conselhos e sugestões.

À Dr^a Alice Frade da P&D Desenvolvimento, por toda a ajuda, disponibilidade e conselhos.

À minha família, por toda a força incondicional, por acreditarem sempre e por estarem sempre lá para ouvir os meus desabafos e alegrias: aos meus avós maravilhosos, por toda a preocupação e por serem uma inspiração todos os dias; aos meus pais, à minha irmã e ao Tiago, pela ajuda, “puxões de orelhas” e apoio constante; aos meus tios e primos por estarem sempre lá; à minha Bequinhas, pela ajuda nas dúvidas médicas sempre que precisei; e à Né, pela amizade.

Aos meus amigos por todos os momentos de equilíbrio: ao pô, ao inner circle e aos manos do GAS. Ao Vasco pelo apoio e pelos chocolates motivacionais; ao Paulo, pelas tardes de trabalho e consultas jurídicas; à Marta pelos artigos e incentivo; à Maria pela alegria e connects; à Manela pela revisão da tradução. À Clara e à família, e à Ana João por todas as conversas, apoio e gargalhadas.

À Carla pelas conversas e conselhos durante o Caminho; ao padrinho JN, pelas correções e incentivo; e a toda a família G.A.S. Porto, por toda a motivação e ajuda em manter o foco, por tudo o que continuam a ensinar-me e por me fazerem sempre acreditar num mundo melhor.

Resumo

A Mutilação Genital Feminina/ Corte (MGF/C) ou Corte dos Genitais Femininos (CGF) é uma prática milenar, praticada por diferentes povos e sociedades em vários continentes, que põe em risco 3 milhões de raparigas e mulheres anualmente. Esta prática reflete uma desigualdade de género e é uma forma extrema de discriminação contra as raparigas e mulheres, violando os seus Direitos Humanos, mais especificamente o direito à saúde, segurança e integridade física, o direito de escolha e, por vezes, o direito à vida.

Portugal é considerado um país de risco, devido à imigração de muitas mulheres da Guiné-Bissau, um país onde a MGF/C é muito frequente. Neste contexto, este trabalho foca-se na perspetiva dos Direitos Humanos ao mesmo tempo que explora a prevalência desta prática em território português, envolvendo as várias questões ligadas ao tema, como a saúde e a legislação portuguesa.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Igualdade de género, Mutilação Genital Feminina/Corte, Saúde, Violência baseada no género

Abstract

Female Genital Mutilation/ Cutting (FGM/C) or Female Genital Cutting (FGC) is a practice that has been carried out for thousands of years by many different peoples and societies across the continents, putting at risk 3 million girls and women annually. It reflects a deep-rooted inequality between sexes and is an extreme form of discrimination against girls and women. It violates their Human Rights, more specifically the person's right to health, security and physical integrity, the freedom of choice and, at times, the right to life.

Portugal is considered to be a country at risk, due to the immigration of women from Guinea-Bissau, a country where FGM/C is often carried out. In this context, this paper not only focuses on the Human Right's perspective but also explores the prevalence of this practice in Portugal, involving several matters connected to the topic, such as health and the Portuguese legislation.

Key words: Female Genital Mutilation/ Cutting, Gender based violence, Gender equality, Human Rights, Health

Lista de acrónimos

AI – Amnistia Internacional

AJPAS – Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

CGF – Corte dos Genitais Femininos

CESNOVA/CICS.NOVA - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/ Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais

CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPR – Conselho Português para os Refugiados

DGS – Direção-Geral da Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EPJ - Escola de Polícia Judiciária

EU – European Union

FCSH/UNL – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas/ Universidade Nova de Lisboa

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FORWARD - Foundation for Women's Health, Research and Development

FSE – Fundo Social Europeu

IAC - Comité Inter-Africano para as Políticas Tradicionais

ICM - International Confederation of Midwives

IPPF - Federação Internacional das Associações de Planeamento da Família

MdM – Médicos do Mundo

MGF ou MGF/C – Mutilação Genital Feminina ou Mutilação Genital Feminina/ Corte

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PDS – Plataforma Dados de Saúde

PJ – Polícia Judiciária

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POPH – Programa Operacional Potencial Humano

QREN – Quadro de Referência Estratégica Nacional

SDN – Sociedade das Nações

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF - United Nations Children's Emergency Fund

UNIFEM - United Nations Development Fund for Women (agora UN Women)

UNFPA - United Nations Population Fund

Introdução

Durante séculos, as mulheres foram tratadas como se tivessem um valor inferior aos homens, fosse a nível intelectual, social, económico, político ou cultural. Ainda hoje, a mulher é vista como sendo inferior na maioria das sociedades: é nestas sociedades patriarcais¹, com normas sociais e tradições bastante enraizadas, que essa hierarquia se pode facilmente converter em discriminação e violência de género.

De acordo com Simone de Beauvoir (1949, vol.II: 9), “on ne naît pas femme: on le devient”, ou seja, o sexo e o género são conceitos distintos. Segundo os Estudos Feministas, o sexo encontra-se ligado à biologia e à anatomia. Por outro lado, quando falamos de género, falamos de diferenças psicológicas, sociais e culturais: é algo que é construído socialmente através de normas pré-estabelecidas, podendo condicionar o acesso a serviços de saúde e de educação.

A presente dissertação tem como objetivo responder à questão: *A prática da MGF/C tem aumentado ou diminuído em Portugal?*, assim como estudar a presença da Mutilação Genital Feminina em Portugal, através de livros, artigos e estudos de entidades como a Direção-Geral da Saúde (cujos dados são recolhidos pela Plataforma de Dados de Saúde) e a CESNOVA/CICS.NOVA (cujos dados são recolhidos pelo Observatório de Violência Doméstica), assim como através de um inquérito realizado no âmbito deste trabalho a instituições que lidam com este problema.

A terminologia desta prática tem sofrido alterações ao longo dos anos: primeiramente, falava-se de “circuncisão feminina”; no entanto, este termo traça um paralelo com a circuncisão masculina, resultando numa confusão entre as duas.

A expressão “mutilação genital feminina” só começou a ser mais usada na década de 70 do séc. XX, enfatizando a gravidade do problema e relembrando a violação de Direitos Humanos que constitui. Desde 1991, ano em que a Organização Mundial de Saúde à Organização das Nações Unidas recomendou a sua utilização, que

¹O conceito de sistema patriarcal “baseia-se na introdução de dimensões de assimetria na diferenciação entre homens e mulheres, que atravessam todas as instâncias sociais e são operacionalizadas a nível simbólico” (Borges, 2006: 76).

este termo é usado nos documentos referentes ao tema. No entanto, no final dessa década, alguns investigadores e agências começam a utilizar as expressões “mutilação genital feminina/ corte” e “corte genital feminino”, de modo a torná-lo menos julgador destas mulheres – nem todas estas mulheres se sentem vitimizadas, pelo que tratá-las como tal pode acabar com toda a possibilidade de diálogo (Vicente, in APF, 2008: 86). Por essa razão, a UNICEF e a UNFPA utilizam estes termos, ao contrário das Nações Unidas (OMS, 2008).

Lisa Vicente (in APF, 2008: 87) acrescenta que “é importante saber que a maioria destas mulheres não reconhece ou não gosta do termo mutilação genital feminina, preferindo a expressão circuncisão”, apesar de a maioria dos autores afirmar que não é o termo mais correto.

Escolhi centrar o meu trabalho no caso português já que, para além de ser o caso mais próximo, Portugal é considerado um país de risco em relação à MGF/C, dada a imigração de muitas mulheres da Guiné-Bissau, país conhecido por ter uma elevada prevalência de MGF/C.

Para realizar este estudo, foram consultados livros, *websites*, artigos e outras publicações. O trabalho começa por um aspeto mais geral - os Direitos Humanos - e termina numa situação mais particular - a Mutilação Genital Feminina e a sua existência em Portugal.

Para contextualizar a problemática, este trabalho começa também por explicar alguns conceitos onde esta prática com os quais esta prática se relaciona.

Segue-se então um capítulo elucidativo em relação à MGF/C: é explicado o conceito e os tipos existentes, assim como a sua prevalência a nível mundial e em Portugal. É explicado ainda por que razão é considerada uma prática que viola os Direitos Humanos e que põe em risco tantas vidas, e qual é a opinião geral de mulheres e homens oriundos de países onde a MGF/C é considerada uma tradição.

Por fim, serão apresentados dados mais específicos quanto à MGF/C em território português, incluindo uma pequena comparação da prevalência da prática entre os distritos de Lisboa e Porto. Descreve-se ainda o trabalho de algumas instituições

públicas e privadas que, através de um inquérito, ajudaram a uma melhor compreensão dos programas existentes no país em relação a esta prática. Para terminar, é também referida a criminalização da MGF/C.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1.1 Direitos Humanos

O termo *Direitos Humanos* é utilizado frequentemente na área das Relações Internacionais, nos meios de comunicação social e no discurso político e encontra-se diretamente ligado a inúmeras questões, como a das minorias (étnicas, religiosas ou linguísticas). No entanto, existe um problema que engloba a universalidade deste termo: “praticamente tudo o que o conceito de direitos humanos envolve é objecto de controvérsia” (Miranda, 2000: 25).

Um dos principais problemas em relação à definição de Direitos Humanos é o facto dos autores da Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH) não terem apresentado uma justificação filosófica para a sua existência., tendo apenas chegado a acordo no que diz respeito à sua definição e justificação pois “os redactores da Declaração Universal dos Direitos do Homem acordaram em discordar sobre estes assuntos filosóficos” (Samnøy apud. Cabrita, 2011: 25).

Foram muitos os conceitos atribuídos aos Direitos Humanos, dependendo da perspectiva pela qual eles são vistos. Segundo a perspectiva jusnaturalista, os Direitos Humanos são direitos naturais de todas as pessoas, independentemente da área geográfica e temporal, ou seja, são absolutos e inalteráveis.

Em *Léviathan* (1651), Thomas Hobbes define o direito natural, tendo este vindo a ser apontado como o primeiro texto a definir o “direito humano”, apesar de não ter inventado o termo “Direitos Humanos”. Neste texto, Hobbes afirma que as leis naturais consistem “na equidade, justiça, gratidão e outras virtudes morais”, não as definindo propriamente como “leis”, mas sim como qualidades que conduzem à paz e à obediência (1651: 164). O maior contributo de Hobbes para esta questão foi a sua representação da sociedade como um conjunto de seres humanos iguais e livres, que

ainda hoje se encontra em todas as declarações de Direitos Humanos e que foi acolhida por outros pensadores como Espinosa, Locke e Rousseau.

Por outro lado, Norberto Bobbio afirma que a ideia de que os Direitos Humanos são direitos naturais não serve para traduzir o seu verdadeiro significado ou o seu conteúdo. Este autor defende estes não são um produto da natureza, mas da civilização humana e que estes direitos são suscetíveis a transformações e ampliações (Bobbio, 2004).

Foi apenas no pós-II Guerra Mundial que os Direitos Humanos de consolidaram verdadeiramente, após muitas alterações, até se chegar aos Direitos Humanos como hoje os conhecemos, e como estão descritos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Para além de universais, os Direitos Humanos dispõem de outros princípios, como a inalienabilidade (como foi pela primeira vez referido da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948), ou seja, não nos podem ser retirados, salvo em algumas exceções – o direito à liberdade pode ser retirado ao indivíduo que cometa um crime, por exemplo. Os Direitos Humanos são também indivisíveis e interdependentes, ou seja, devem ser considerados na sua totalidade, pois para que se possa exercer um determinado direito é preciso que se usufrua de todos os outros. Todos os Direitos Humanos são indivisíveis quer sejam civis ou políticos (como o direito à vida, igualdade perante a lei e liberdade de expressão); ou económicos, sociais e culturais (como o direito ao trabalho, segurança e educação). Estes direitos são indivisíveis, interligados e interdependentes, o que significa que a privação de um direito afeta todos os outros.²

No entanto, existe uma dicotomia entre o universalismo e o relativismo, e o receio de que a imposição dos Direitos Humanos a nível mundial se torne numa forma de imperialismo cultural.

Por um lado, o universalismo pretende que a conceção ocidental de Direitos Humanos seja de aplicação universal, independentemente da cultura ou nacionalidade

² Informação disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (consultado em março de 2016)

do indivíduo, da sua etnia, religião, género ou qualquer outra característica, ignorando as singularidades culturais que podem entrar em conflito com este conjunto de direitos humanos. Nesta perspetiva, existe uma maior preocupação com o indivíduo, ao contrário do relativismo, que se preocupa mais com o coletivo.

O relativismo cultural afirma que o universalismo coloca em causa o direito às diferenças culturais quando impõe os Direitos Humanos, que julgam ser culturalmente dependentes, defendendo que não se podem aplicar princípios morais a todas as culturas. Apoiam a ideia de uma abordagem “tradicional” ou local, pois só assim se conseguirá uma melhor reconciliação pós-conflito.³ Para os relativistas, a ideia de Direitos Humanos está relacionada com o sistema político, económico, social e cultural vigente em cada sociedade. Cada cultura tem o seu próprio discurso acerca dos direitos humanos que está ligado às circunstâncias culturais e históricas específicas de cada sociedade.

Outro dos problemas que se levanta à universalidade dos direitos humanos é o receio de que a defesa dos Direitos Humanos universais possa encaminhar para um “imperialismo cultural” (de acordo com Tomlinson (1991), o termo parece ter surgido na década de 60 do século XX), ou seja, a imposição de uma cultura dominante sobre as demais culturas; neste caso a cultura dominante seria a cultura ocidental.

Samuel P. Huntington afirma que “o que é universalismo para o Ocidente é imperialismo para o resto” (Huntington, 1999: 228), ou seja, o Ocidente quer impor as suas ideias de democracia, de mercado livre e de Direitos Humanos, fazendo com que estas sejam aplicadas em países não ocidentais.

Com estas duas questões relacionadas com a universalidade dos Direitos Humanos, pode constatar-se que o debate sobre este tema tem sido marcado essencialmente pela questão cultural, principalmente “no âmbito das relações Norte/Sul, entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, e no âmbito das relações entre o Ocidente e o Islão” (Cabrita, 2011: 183).

“De um lado, os universalistas desejosos de difundir os valores culturais ocidentais, quase num tom imperialista do início do séc. XX, o qual apregoava a necessidade de se levar o progresso do mundo civilizado às demais nações

³ Informação disponível em: <https://www.globalpolicy.org/home/163-general/29441.html> (consultado em maio de 2016)

primitivas. De outro, os relativistas que, em muitos casos, promovem verdadeiras afrontas aos direitos humanos, sob o manto ideológico de preservação da respetiva identidade cultural” (Morais, 2012).

Hoje em dia pode dizer-se que o termo *Direitos Humanos* pode entender-se como todos os direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente da nacionalidade, local de residência, sexo, etnia, cor, religião, língua ou qualquer outra característica. São reconhecidos como Direitos Humanos todos os direitos reconhecidos pelo direito internacional, ou seja, todos os direitos que estejam consagrados em algum tratado ou declaração internacional de Direitos Humanos.

O desenvolvimento histórico dos Direitos Humanos tem sido gradual e é o resultado da evolução das sociedades e das suas lutas e revoluções. É difícil datar com exatidão quando surgiram os Direitos Humanos, sendo que alguns autores defendem que foi durante a Idade Axial (800 aC – 200 aC, segundo Karl Jaspers), e outros autores consideram a Magna Carta (1215) o primeiro passo para os Direitos Humanos. Outros autores defendem ainda que foi com o Habeas Corpus (1679), que realmente se começou este processo.

Durante a Idade Axial, o ser humano começou a ser considerado um ser dotado de liberdade e de razão e passou também a ser igual perante qualquer outro indivíduo, independentemente do seu sexo, etnia, religião ou costumes sociais. É na Grécia Antiga que surgem as primeiras instituições democráticas, a primazia da lei e a participação ativa do cidadão nas funções do governo e é na Roma Antiga que é criado um sistema de controlo dos órgãos políticos e um mecanismo complexo que tencionava proteger os direitos individuais. No entanto, não há acordo em relação aos princípios básicos de Direitos Humanos terem surgido neste período pois, para serem considerados cidadãos, os indivíduos deveriam cumprir vários requisitos e a escravatura era algo banal. Por estas razões, na verdade, os indivíduos não eram considerados todos iguais.

As primeiras noções de defesa dos direitos humanos surgiram devido à religião, especialmente devido às ideias defendidas pelo Cristianismo, que afirmava a igualdade entre todos os seres humanos.

Em 1215, surge então em Inglaterra a Magna Carta que é considerada um ponto de viragem bastante importante na luta pela liberdade: pela primeira vez, é estabelecido que todos os indivíduos, incluindo o rei, deveriam obedecer à lei. A Magna Carta surge devido a desentendimentos entre o Rei João de Inglaterra, o Papa e os barões ingleses. Este documento limitou o poder dos monarcas ingleses, em especial do monarca que a assinou, e segundo os termos do documento o rei deveria renunciar a certos direitos bem como respeitar e fazer cumprir determinados procedimentos legais e sujeitar a sua vontade à lei. Uma das cláusulas mais importantes da Magna Carta é o seu artigo 39º, em que se afirma que:

“Nenhum homem livre será capturado ou aprisionado, ou desapropriado dos seus bens, ou declarado fora da lei, ou exilado, ou de algum modo lesado, nem nós iremos contra ele, nem enviaremos ninguém contra ele, excepto pelo julgamento legítimo dos seus pares ou pela lei do país”⁴

Neste artigo podemos ver a limitação do poder do rei e o direito de um indivíduo em permanecer livre, a menos que tenha cometido um crime punível por lei. Outro marco importante no desenvolvimento dos Direitos Humanos foi o *Habeas Corpus Act*, em 1679 do rei Charles II, mais uma vez em Inglaterra. O século XVII foi crucial para o desenvolvimento dos Direitos Humanos: em 1689 foi aprovado o *Bill of Rights* que pôs fim à monarquia absoluta inglesa, na qual todo o poder se centrava no rei. Este documento separava permanentemente os poderes e reafirmava alguns direitos fundamentais dos cidadãos, como a liberdade, a vida e a propriedade privada. No entanto, este documento apenas engloba os direitos dos ingleses e não os direitos naturais do ser humano.

Apesar de tudo, foi apenas no século XVIII, em consequência das revoluções liberais, que surgiram as primeiras declarações modernas de Direito Humanos. A primeira declaração - Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia ou Declaração de Virgínia - surge nos Estados Unidos da América em 12 de Junho de 1776, redigida por George Mason. É esta declaração que, mais tarde, inspirou a Declaração de

⁴ Magna Carta (informação disponível em: <http://empreende.org.br/pdf/Estado/Magna%20carta%20-%201215.pdf> – consultado em maio de 2016)

Independência dos Estados Unidos da América e o *Bill of Rights* de 1791. A Declaração de Virgínia também incorpora as liberdades formadas em Inglaterra, mas também se preocupa com a organização de um governo democrático e com a limitação e separação de poderes. Esta declaração é um ponto de viragem para todas as declarações seguintes pois baseia-se na crença da existência de direitos naturais e irrevogáveis do ser humano.

Apesar da Declaração de Virgínia ter sido redigida anteriormente não conseguiu ter tanto impacto como a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, de 4 de Julho de 1776, escrita por Thomas Jefferson. Esta declaração assentou sobretudo em dois tipos de direitos: o direito de revolução e os direitos naturais.

“Consideramos estas verdades como evidentes por si mesmas, que todos os homens são criados iguais, dotados pelo Criador de certos Direitos inalienáveis, que entre estes estão a Vida, a Liberdade e a procura da Felicidade. Que a fim de assegurar esses direitos, Governos são instituídos entre os Homens, derivando seus justos poderes do consentimento dos governados” (1776: 1).

Em 1789, surge também em França, como consequência da Revolução Francesa (1789-1799), a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC). Esta declaração define os direitos individuais e coletivos do ser humano e considera-os universais, sendo válidos temporal e geograficamente. Os dois primeiros artigos deste documento mostram uma enorme conformidade com a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, com a proclamação dos direitos individuais e com a necessidade do governo proteger estes direitos:

“Por consequência, a Assembleia Nacional reconhece e declara, na presença e sob os auspícios do Ser supremo, os seguintes direitos do Homem e do Cidadão:

Artigo 1º- Os homens nascem e são livres e iguais em direitos. As distinções sociais só podem fundar-se na utilidade comum.

Artigo 2º- O fim de toda a associação política é a conservação dos direitos naturais e imprescritíveis do homem. Esses Direitos são a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão” (1789).

Dois anos mais tarde, foi redigida a primeira Constituição Francesa (1791) em conformidade com os princípios da revolução: a adoção do constitucionalismo e o estabelecimento da soberania popular, tal como nos EUA. A DDHC tornou-se o preâmbulo da Constituição Francesa e pela primeira vez foi institucionalizada uma ordem baseada na “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, a máxima da revolução francesa.

Em 1791 foi ainda aprovado, nos Estados Unidos da América, o *Bill of Rights*, o nome por que são conhecidas as dez primeiras emendas à Constituição dos Estados Unidos, que entraram em vigor a 15 de Dezembro de 1791. Estas emendas proíbem o Congresso de formular qualquer lei que estipule uma religião obrigatória ou que proíba o seu livre exercício e proíbem os governos federais de privar qualquer pessoa dos seus direitos fundamentais, como a vida, a liberdade ou a propriedade sem um processo legal.

“Emenda I (Ratificada em 15 de Dezembro de 1791)

O Congresso não legislará no sentido de estabelecer uma religião, nem proibir o livre exercício de uma; nem cerceando a liberdade de expressão, ou de imprensa; ou o direito de o povo se reunir pacificamente e dirigir petições ao Governo para reparação de injustiças”.⁵

Ainda durante o século XIX, deu-se início à Convenção de Genebra, que é caracterizada por um conjunto de tratados assinados entre 1864 e 1949. A primeira Convenção aconteceu em 1864, onde se estabeleceu o tratamento humanitário para civis em tempo de guerra, bem como a obrigação de respeitar e cuidar dos militares feridos ou doentes, sem qualquer tipo de discriminação. Desde esta resolução de Genebra, os hospitais e ambulâncias são protegidos de qualquer ataque ou ato hostil, sendo reconhecidos pelo símbolo da Cruz Vermelha. A primeira aplicação deste tratado deu-se durante a primeira guerra mundial.

⁵ Informação disponível em:

http://www.constitutionfacts.com/content/constitution/files/Constitution_BillOfRights.pdf (consultado em abril de 2016)

Apesar de todas estas declarações acima mencionadas terem servido de impulso aos direitos humanos, foi apenas no século XX que esta temática passou a ser considerada como direito internacional, deixando assim de ser uma matéria essencialmente do interesse de cada Estado.

Segundo António Teixeira Fernandes (2009: 12), os Direitos Humanos começaram por ser denominados como “direitos do Homem” e tiveram como base as revoluções liberais, como a da América do Norte, em 1776 e a Revolução Francesa, em 1789.

“Os direitos humanos são inicialmente definidos a partir da relação entre o indivíduo e o Estado, tendo a ver com a própria constituição do poder. Este somente poderia ser legítimo no respeito por tais direitos. Tal conceção emergiu no contexto da cultura ocidental, dando origem às Declarações americana e francesa dos finais do século dezoito. O núcleo central da problemática dos direitos humanos começou, por isso, por se referir à defesa da esfera privada de cada um e à limitação do poder do Estado. Aparecem como uma proteção dada ao indivíduo para poder viver uma vida humana digna, defendido do arbítrio e da tirania de outros. Havia que definir um espaço que ficasse libertado das incursões constantes do despotismo. Na sua origem, estão ligados a uma filosofia individualista e à teoria do contrato social. Segundo o contratualismo, antes do Estado existir, havia apenas direitos naturais, isto é, direitos que derivavam da própria natureza do homem” (Fernandes, 2009).

Segundo a ONU (1999: 28), considera-se geralmente dos primórdios do conceito de Direitos Humanos como pertencendo ao século XVIII dando, mais tarde, origem à Declaração de Independência Americana e na Declaração francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão. “Esta conceptualização nasceu de tradições e princípios herdados das grandes civilizações do passado”, ou seja, não foi, portanto, uma novidade.

Deste então que se tem registado uma evolução contínua dos Direitos Humanos. Se as primeiras questões se encontravam na luta pelas liberdades civis e políticas, foi gradualmente evoluindo para algo mais abrangente, passando a incluir outras liberdades

fundamentais como os direitos económicos, sociais e culturais (que tiveram um progresso mais lento) e, mais tarde, os “direitos à paz, ao desenvolvimento e a um ambiente não contaminado e protegido da destruição” (ONU, 1999).

Após a Primeira Guerra Mundial, o Presidente Wilson redigiu os 14 pontos⁶, em que fez um apelo à formação de uma “organização geral das nações” que tivesse como objetivo “assegurar as garantias mútuas de independência política e integridade territorial tanto aos pequenos como aos grandes estados”, com vista a desenvolver a cooperação entre as nações e garantir a paz e a segurança, segundo o Pacto da Sociedade Das Nações (primeira parte do Tratado de Versalhes⁷). Esta organização foi criada através da assinatura do tratado de Versalhes (1919), sendo então criada a SDN.

Contudo, a SDN não foi capaz de manter a tão prometida e esperada paz, apesar de ter conseguido algumas vitórias, nomeadamente, a criação do Tribunal Permanente de Justiça Internacional, o atual Tribunal Internacional de Justiça.

A corrida ao armamento por parte da Alemanha e do Japão mostrou que estes dois países não se regiam pelos interesses e objetivos da SDN e que o mundo veria eclodir uma segunda guerra mundial. Em 1946 realizou-se a reunião que ditaria o fim da Sociedade das Nações, apesar de ter sido apenas uma mera formalidade, pois a organização já não exercia funções.

Foi na Conferência de Ialta (1945) que, entre outras decisões, se acordou a realização de uma conferência em São Francisco para aprovar a Carta das Nações Unidas, que criaria a Organização das Nações Unidas, ainda no mesmo ano.

Esta nova organização, que surgiu em substituição da SDN tinha como objetivos, de acordo com o artigo 1º, a preservação da paz e a promoção da colaboração entre todos os povos, desenvolver relações de amizade entre as nações, realizar uma cooperação internacional e criar um centro harmonizador entre as nações (Carta das Nações Unidas, 1945: 2), resolvendo os conflitos à sua nascença, com recurso a uma intensa atividade diplomática.

⁶ Informação disponível em: <http://tinyurl.com/hgwawlb> (consultado em abril de 2016)

⁷ Informação disponível em: <http://tinyurl.com/jfevq3v> (consultado em abril de 2016)

Foi então criada uma estrutura de trabalho⁸: uma Assembleia Geral (que é o organismo central), um Secretariado, um Conselho de Segurança, um Conselho de Tutela, um Tribunal Internacional de Justiça e um Conselho Económico e Social (ECOSOC). Foi a Assembleia Geral que aprovou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, elaborada então a partir da Declaração de Independência dos EUA (1776) e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de França (1789).

Apesar da DUDH não ter poder legal, serviu de inspiração à redação de dois tratados de Direitos Humanos da ONU com força jurídica: o Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos (PIDCP) e o Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC) ambos de 1966 e estes três documentos constituem a Carta Internacional dos Direitos Humanos, juntamente com os seus dois Protocolos facultativos.

Para além do ECOSOC, foram criados, ao longo dos anos, vários organismos para promover e implementar os DH, com diferentes tipos de poder dentro da ONU. O primeiro órgão a ser criado foi a Comissão de Direitos Humanos, em 1946, com o objetivo de criar um sistema jurídico internacional que protegesse os direitos e liberdades fundamentais. Este foi substituído pelo Conselho de Direitos Humanos, em 2006. Este conselho tem como responsabilidade fortalecer a promoção e a proteção dos D.H. em todo o mundo, podendo levar a cabo “iniciativas preventivas, de modo a evitar que situações de tensão se transformem em crises, e responder a novas crises no domínio dos Direitos Humanos”.⁹

A DUDH é constituída por um preâmbulo e trinta artigos que enumeram os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais de que todos os seres humanos são titulares, sem qualquer discriminação. O artigo 1.º afirma: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, ou seja, o direito à liberdade e à igualdade é um direito inato e não pode ser alienado.¹⁰

⁸ Informação disponível: <http://tinyurl.com/j33zg88> (consultado em maio de 2016)

⁹ Informação disponível em: <https://www.unric.org/pt/direitos-humanos-actualidade/3310> (consultado em maio de 2016)

¹⁰ Informação disponível em: http://www.gddc.pt/direitos-humanos/Ficha_Informativa_2.pdf (consultado em maio de 2016)

Desde a sua criação que um dos principais objetivos da ONU tem sido promover e encorajar o respeito pelos Direitos Humanos e pela diversidade cultural, tal como se pode ver no preâmbulo da Carta das Nações Unidas:

“Nós, os povos das Nações Unidas, decididos:

A preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra que por duas vezes, no espaço de uma vida humana, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade;

A reafirmar a nossa fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações, grandes e pequenas; (...) a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de um conceito mais amplo de liberdade; e para tais fins: a praticar a tolerância e a viver em paz, uns com os outros, como bons vizinhos; a unir as nossas forças para manter a paz e a segurança internacionais; a garantir, pela aceitação de princípios e a instituição de métodos, que a força armada não será usada, a não ser no interesse comum; a empregar mecanismos internacionais para promover o progresso económico e social de todos os povos”.¹¹

Inúmeros instrumentos permitem pôr em prática o desenvolvimento dos Direitos Humanos:

Instrumentos fundamentais:

- * Carta das Nações Unidas (1945);
- * Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948);
- * Pactos Internacionais sobre os Direitos Humanos (1966)
 - a) Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos;
 - b) Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

Instrumentos de proteção específica:

¹¹ Informação disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/pm/Tratados/carta-onu.htm> (consultado em maio de 2016)

* Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965);

* Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (1979);

* Convenção sobre a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis ou Degradantes (1984);

* Convenção sobre os Direitos da Criança (1989);

* Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros das Suas Famílias (1990).

Instrumentos Regionais:

* Convenção Europeia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1953);

* Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (1981);

* Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos (1982) e Protocolo à Carta sobre os Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África (Protocolo de Maputo – 2003);

* Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança (1999);

* Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000);

* Convenção do Conselho Europeu para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (2014).

Organizações Especializadas:

* Organização Internacional do Trabalho (1919);

* Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (1946);

* Organização Mundial de Saúde (1948).

Organismos do Sistema das Nações Unidas:

* Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados;

- * Fundo das Nações Unidas para a Infância;
- * Programa das Nações Unidas para o Ambiente.

Órgãos das Nações Unidas com Competência em Matéria de Direitos Humanos:

- * Assembleia Geral e órgãos subsidiários;
- * Conselho Económico e órgãos subsidiários:
 - a) Comissão dos Direitos do Homem;
 - b) Sub-comissão de Luta contra as Medidas Discriminatórias e Proteção das Minorias;
 - c) Comissão sobre o Estatuto das Mulheres;
- * Centro para os Direitos Humanos.

Mecanismos de Aplicação:

- * Comité dos Direitos do Homem;
- * Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais;
- * Comité para a Eliminação da Discriminação Racial;
- * Comité para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres;
- * Comité contra a Tortura;
- * Comité dos Direitos das Crianças.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) espelha o empenho internacional em promover e proteger os Direitos Humanos e tem como valores filosóficos a vida, a liberdade e a autonomia (ONU, 1999).

No preâmbulo desta Declaração, são reconhecidas por todos os membros a dignidade e a igualdade de direitos fundamentais para todos os seres humanos, baseados na liberdade, na justiça e na paz mundial. Esta Declaração afirma ainda que tais direitos devem ser comuns “a todas as pessoas e a todas as nações”:

“Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo; (...) Considerando que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamam, de novo, a sua fé nos direitos fundamentais do Homem, na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres e se declaram resolvidos a favorecer o progresso social e a instaurar melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla; Considerando que os Estados membros se comprometeram a promover, em cooperação com a Organização das Nações Unidas, o respeito universal e efetivo dos direitos do Homem e das liberdades fundamentais.”¹²

Em 1986, foi adotada pela ONU a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento. Esta declaração defende que “a pessoa humana é o sujeito central do desenvolvimento e deve participar ativamente e beneficiar do direito ao desenvolvimento” (art. 2º) e ainda alerta para a necessidade de adoção de programas e políticas de cooperação internacional, pois este tipo de cooperação é fundamental para fornecer aos países em desenvolvimento os meios necessários que os encorajem e motivem à promoção do desenvolvimento, como diz o artigo 4º:

“Os Estados têm o dever de, individual e coletivamente, tomar medidas para formular as políticas internacionais de desenvolvimento, com vistas a facilitar a plena realização do direito ao desenvolvimento. É necessária ação permanente para promover um desenvolvimento mais rápido dos países em desenvolvimento. Como complemento dos esforços dos países em desenvolvimento, uma cooperação internacional efetiva é essencial para prover esses países de meios e facilidades apropriados para incrementar seu amplo desenvolvimento.”

Desde a promulgação da DUDH, os Estados membros da ONU têm cooperado na criação de inúmeros tratados e convenções de Direitos Humanos e também na organização de conferências mundiais, sendo que as mais importantes conferências sobre esta temática são a Conferência de Teerão e a Conferência de Viena.

¹² Informação disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf (consultado em maio de 2016)

A I Conferência Mundial de Direitos Humanos das Nações Unidas, realizou-se em 1968, em Teerão, e contou com 84 países independentes e poucas Organizações Não Governamentais credenciadas como observadoras. Desta conferência resultou a Proclamação de Teerão em que a ONU proclama mais uma vez a indivisibilidade dos Direitos Humanos:

“Como os direitos humanos e as liberdades fundamentais são indivisíveis, a realização dos direitos civis e políticos sem o gozo dos direitos económicos, sociais e culturais resulta impossível. A realização de um progresso duradouro na aplicação dos direitos humanos depende de boas e eficientes políticas internacionais de desenvolvimento económico e social” (art.º 13).¹³

Nesta proclamação, pode ainda ver-se a preocupação com o analfabetismo (art. 14º), pois este é considerado um obstáculo à realização das disposições de Direitos Humanos, a condenação explícita à discriminação com base no género (art. 15º) e ainda a preocupação com os avanços científicos e tecnológicos (art. 18º), que podem pôr em causa os Direitos Humanos e as liberdades fundamentais.

É fundamental lembrar que no período entre a I e a II conferências mundiais sobre os D.H., ocorreram alguns acontecimentos importantes, como a reunificação da Alemanha (1990), o fim da Guerra Fria (1991), e a onda de democratização em países latino-americanos, que transformaram a comunidade internacional numa comunidade mais preocupada com os Direitos Humanos, a democracia e o desenvolvimento humano.

A II Conferência Mundial de Direitos Humanos foi realizada em Viena, entre os dias 14 e 25 de Junho de 1993. Foi nesta conferência que foi definitivamente legitimada a indivisibilidade dos direitos humanos “Todos os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados. A comunidade internacional deve considerar os Direitos Humanos, globalmente, de forma justa e equitativa, no mesmo pé e com igual ênfase” (*art. 5º*).

¹³ Informação disponível em:

https://www.aas.org/sites/default/files/SRHRL/PDF/IHRDArticle15/Proclamation_of_Teheran_Eng.pdf
(consultado em maio de 2016)

A Declaração e Programa de Ação de Viena (1993)¹⁴ teve como objetivos promover o maior respeito pelos D.H., de uma “forma justa e equilibrada” e “com vista a alcançar progressos substanciais em matéria dos Direitos Humanos mediante um esforço acrescido e sustentado de cooperação e solidariedade internacionais”.

Durante este encontro foram discutidos também assuntos relacionados com as mais diversas questões: racismo, discriminação racial e xenofobia (art. 15º), minorias étnicas, religiosas e linguísticas (art. 19º), povos indígenas (art. 28º, 32º), migrantes (art. 33º, 34º, 35º), direitos das mulheres (art. 18º, 38º), direitos das crianças (art. 18º, 21º, 29º, 45º, 46º, 47º, 48º, 50º, 51º), problemática da tortura (art. 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 60º, 61º) e os direitos da pessoa com deficiências (art. 22º, 29º, 63º, 64º, 65º). Contudo, é também neste encontro que se acentua a controvérsia em relação aos Direitos Humanos no que respeita à diversidade cultural e a universalidade dos direitos humanos quando é declarado que “a natureza universal destes direitos e liberdades é inquestionável” (art. 1º).

No entanto, o direito ao desenvolvimento está marcado pelo conflito Norte/Sul, ou seja, pelas assimetrias em relação ao desenvolvimento entre os países desenvolvidos do norte e os países em desenvolvimento do sul.

De acordo com o mais recente Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2015), os resultados do desenvolvimento humano não têm sido homogêneos – aliás, têm-se mostrado bastante desiguais entre regiões, países e grupos. Apesar de se terem observado alguns progressos, nomeadamente nas áreas da saúde, educação, capacitação das mulheres, acesso a serviços sociais básicos, a nível de rendimento e pobreza e sustentabilidade ambiental (PNUD, 2015: 82), “persistem privações consideráveis [nas mesmas áreas], que colocam, todas elas, enormes desafios ao desenvolvimento humano” (PNUD, 2015: 79).

No entanto, é importante que exista a compreensão que, à medida que o mundo se vai desenvolvendo, novos desafios continuarão a surgir, necessitando de novas soluções: “O mundo é hoje muito diferente do que era em 1990, altura em que surgiu a noção de desenvolvimento humano e foram concebidas medidas para aferir o bem-estar. O panorama do desenvolvimento transformou-se (...). A noção de desenvolvimento

¹⁴ Informação disponível em: <http://tinyurl.com/jg5425o> (consultado em maio de 2016)

humano precisa de ser contextualizada para que se torne uma base analítica mais relevante para permitir fazer face aos desafios emergentes num mundo em mudança” (PNUD, 2015: 79).

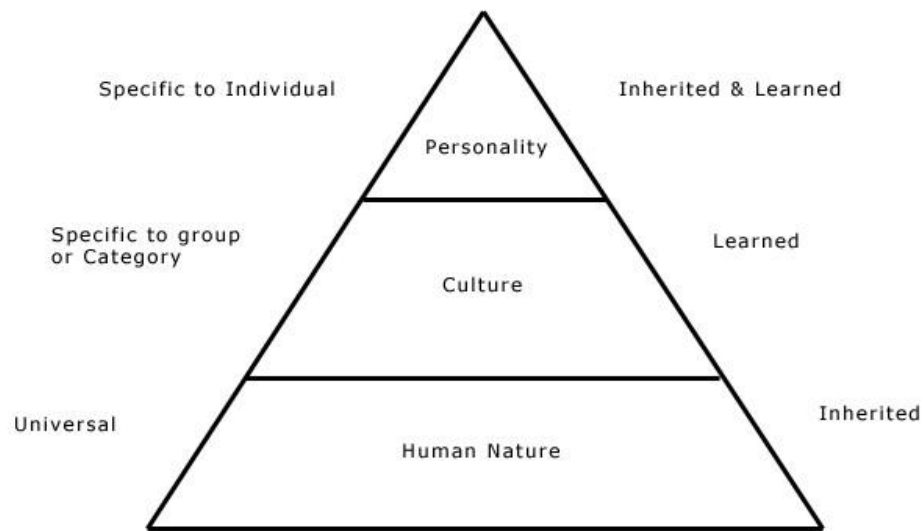
1.2 Outros conceitos relacionados

❖ *Cultura*

A Mutilação Genital Feminina/Corte é vista geralmente como uma tradição de determinadas sociedades, ligando-a à cultura e à identidade cultural. De acordo com Spencer-Oatey (2000) a cultura é “um conjunto de atitudes, crenças, normas comportamentais e suposições e valores básicos, que são partilhados por um grupo de pessoas e que influencia o comportamento de cada membro e a sua interpretação do comportamento dos outros”.

Para Hofstede (2003), a cultura assenta na ideia de uma “programação coletiva da mente que distingue o membro de um grupo ou categoria de pessoas de outro”. O autor defende que este é um fenómeno coletivo e aprendido, partilhado por um grupo de pessoas que vive ou viveu no mesmo ambiente social, como é possível observar na Fig. 1:

Fig.1 - Os três níveis de programação mental humana



Fonte: Hofstede, 1997

“Um indivíduo adquire a maioria da sua programação durante a infância, antes da puberdade. Nesta fase das nossas vidas, temos uma capacidade incrível para absorver informação e seguir os exemplos que existem no nosso ambiente social: os nossos pais e outros adultos, os nossos irmãos e colegas. Mas tudo isto está constrangido pelo nosso ambiente físico: riqueza ou pobreza, ameaças ou segurança, o nível de tecnologia. Todos os grupos humanos, desde a família nuclear à sociedade, desenvolvem culturas. A cultura é o que permite que um grupo funcione sem problemas” (Hofstede, 2003).

Hofstede defende ainda que nenhum grupo ou cultura é superior a outra: “o Relativismo Cultural afirma que uma cultura não tem nenhum critério absoluto que lhe permita julgar as atividades de outra cultura como sendo ‘baixas’ ou ‘nobres’”.

A cultura pode ainda ser diferenciada a nível nacional e regional (dado que alguns países, pela sua grande dimensão, albergam grupos muito diferentes), étnico, religioso, linguístico, a nível de género, geração ou classe social.

Em relação ao género, Hofstede explica porque é tão difícil mudar algumas tradições com base no género:

“If we recognize that within each society there may be a men's culture that differs from a women's culture, this helps to explain why it is so difficult to change traditional gender roles. (...) Feelings and fears about behaviours by the opposite sex can be of the same order of intensity as reactions of people exposed to foreign cultures. The degree of gender differentiation in a country is highly dependent on its national culture”.

❖ *Tradição*

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), as tradições são um conjunto de costumes, crenças e valores de uma comunidade que conduzem e influenciam o comportamento dos seus membros. São hábitos apreendidos, passados de geração em geração e que fazem parte da identidade de uma comunidade. Os membros reproduzem esses padrões comportamentais, acreditando que são corretos e essenciais, não os questionando, na maioria dos casos. Estas tradições estão também normalmente protegidas por tabus, associados a poderes mágicos e sagrados, pelo que são difíceis de modificar.

Alguns exemplos de tradições positivas/benéficas dadas pela OMS são a amamentação, cuidados especiais no pós-parto e durante a amamentação; por outro lado, exemplos de tradições nefastas/prejudiciais incluem, para além da MGF/C, o casamento forçado (especialmente de crianças com adultos), compra da noiva e maternidade prematura, tabus alimentares para mulheres grávidas e crianças, falta de autonomia das mulheres na procura de cuidados de saúde (decisões tomadas apenas por homens e família alargada).

As tradições estão, no geral, ligadas a crenças, atitudes e valores partilhados dentro de uma comunidade (conjunto de pessoas que vive na mesma vizinhança e que partilha características identitárias, que podem ser culturais, étnicas, religiosas) que passam de geração em geração, até se tornarem parte intrínseca de uma cultura. As *crenças* podem ser descritas como uma “convicção, princípio ou ideia aceite como verdadeira ou real, ainda que sem prova factual. Existem numerosas crenças e sistemas de crenças – religiosos, culturais, de grupo e individuais. As crenças orientam ações e comportamentos individuais.”; os *valores* são “princípios morais, crenças ou convicções

aceites por um indivíduo ou grupo social. Os nossos valores constituem os critérios segundo os quais tomamos decisões. Herdamos muitos deles das nossas famílias, embora também sejam influenciados pela religião, cultura, amizades, educação e experiências pessoais”; por último, as *atitudes* são “abordagens mentais ou disposições para algo. Baseiam-se fundamentalmente em valores e percepções pessoais” (OMS, 2001: 65).

Estes três termos são construídos e desenvolvidos sob uma grande variedade de influências – família, sociedade, cultura, tradições, religião, grupos de pertença, meios de comunicação social, clima, tecnologia, política, economia, experiências, amizades e necessidades pessoais, pela idade e pelo género.

Um sistema de valores é um “conjunto hierarquizado de princípios que influenciam a abordagem (atitude) face à vida, de uma determinada pessoa ou grupo, orientando o seu comportamento. Como tal, não é rígido, mas está sujeito a mudanças ao longo do tempo e consoante a exposição a novos entendimentos, informação e experiências” (OMS, 2001: 65).

❖ *Diversidade cultural*

A Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) é a única agência das Nações Unidas encarregada da cultura, para além de reconhecer a “igual dignidade de todas as culturas, o respeito pelos direitos culturais, a formulação de políticas culturais pela promoção da diversidade, a promoção de um pluralismo construtivo, a preservação do património cultural”¹⁵, a títulos de exemplo. O texto da sua Constituição (1946) confia-lhe a missão de promover a diversidade de culturas, especialmente através da comunicação.

Nas últimas décadas, a diversidade cultural tem vindo a intensificar-se, muito devido à crescente globalização, adquirindo

“formas diversas através do tempo e do espaço. Essa diversidade manifesta-se na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as

¹⁵ Informação disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001502/150224por.pdf> (consultado em maio de 2016)

sociedades que compõem a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o género humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o património comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações presentes e futuras.” (UNESCO, 2002).

Em 2001, a UNESCO adotou a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (publicada em 2002), que defende que a “diversidade cultural é a herança da humanidade” (art. 1º) e é ainda um fator de desenvolvimento, pelo que deve ser preservada (art. 3º). No entanto, o art. 4º adverte que “ninguém pode invocar a diversidade cultural para violar os direitos humanos garantidos pelo direito internacional, nem para limitar o seu alcance”.

Também a Convenção sobre a Proteção e Promoção da Diversidade das Expressões Culturais (2005) da UNESCO afirma que esta diversidade é uma característica fundamental da humanidade, que deve ser protegida e promovida.

Para além disso, pela primeira vez, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (2015) compreende o papel da diversidade cultural como um elemento essencial para o desenvolvimento sustentável (objetivo 4, meta 4.7)

❖ *Diálogo Intercultural*

“Diálogo intercultural é uma troca de ideias aberta, respeitadora e baseada na compreensão mútua entre indivíduos e grupos com origens e património étnico, cultural, religioso e linguístico diferentes (ver secção 3). O diálogo intercultural é exercido a todos os níveis – no seio das sociedades, entre sociedades europeias e entre a Europa e o resto do mundo” (COE, 2008: 13).¹⁶

De acordo com o Livro Branco (COE, 2008: 21), é fundamental que exista liberdade e capacidade de expressão, assim como a capacidade de ouvir outras opiniões,

¹⁶ Informação disponível em:
http://www.coe.int/t/dg4/intercultural/Source/Pub_White_Paper/WhitePaper_ID_PortugueseVersion2.pdf
(consultado em março de 2016)

de modo a que o diálogo intercultural possa promover e contribuir “para a integração política, social, cultural e económica, assim como para a coesão de sociedades culturalmente diversas”. Para além do mais,

“favorece a igualdade, a dignidade humana e o sentimento de objectivos comuns; visa promover uma melhor compreensão das diversas práticas e visões do mundo, reforçar a cooperação e a participação (ou a liberdade de escolha), permitir o desenvolvimento e a adaptação dos indivíduos e, por último, promover a tolerância e o respeito pelo outro. O diálogo intercultural pode servir variados objectivos, no âmbito do objectivo primordial que é a promoção do respeito pelos direitos humanos, pela democracia e pelo Estado de Direito.”

❖ Discriminação

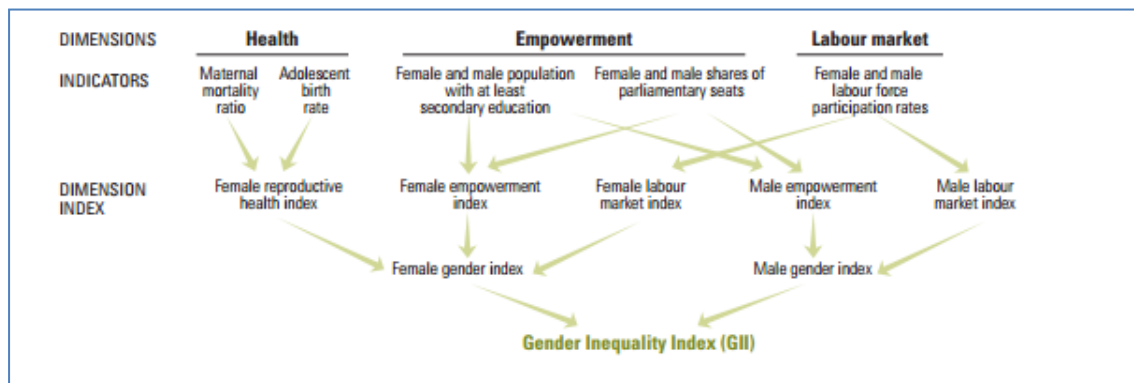
Alguns especialistas acreditam que existe uma discriminação na forma como os países do Ocidente tratam o tema da MGF/C, por exemplo. De acordo com o artigo 1.º da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a discriminação contra a mulher consiste em

“Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha como efeito ou como objetivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o seu estado civil, com base na igualdade dos homens e das mulheres, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social, cultural e civil ou em qualquer outro domínio” (1979).

A desigualdade de géneros continua, ainda hoje, a constituir um entrave ao desenvolvimento humano, discriminando muitas vezes meninas e mulheres, impedindo-as de ter um acesso à saúde, educação, representação política, por exemplo. O Índice de Desigualdade de Género (Fig. 2), criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), mede as desigualdades de género em três aspetos do desenvolvimento humano: a saúde reprodutiva (medida pelo rácio de mortalidade materna e taxa de gravidez na adolescência), o empoderamento (medido pela proporção de assentos parlamentares ocupados por mulheres e a proporção de mulheres e homens adultos desde os 25 com alguma educação secundária, no mínimo) e o estatuto

económico (medido através da participação laboral entre mulheres e homens desde os 15 anos). Este índice explica os custos existentes causados por este tipo de desigualdades.¹⁷

Fig. 2 - Índice de Desigualdade de Género



Fonte: PNUD (informação disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>, consultado em maio de 2016)

❖ *Direitos Sexuais e Reprodutivos*

Para além de violar os direitos das crianças e das mulheres, a MGF/C viola também os direitos sexuais e reprodutivos destas meninas e mulheres, na medida em que as priva de tomar decisões em relação aos seus próprios corpos e dificulta o acesso a informação, educação e serviços a nível de saúde sexual e reprodutiva.

Para além da MGF/C, existem outros exemplos de questões ligadas a este tipo de direitos que incluem (mas não estão limitados a): uma educação sexual compreensiva, criminalização e outras restrições em relação a abortos seguros, casamento infantil e forçado, violência baseada no género, igualdade de género, identidade e expressão de género, IVH/SIDA, morbilidade e mortalidade materna (Sexual Rights Initiative).¹⁸

¹⁷ Informação disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii> (consultado em junho de 2016)

¹⁸ Informação disponível em: <http://sexualrightsinitiative.com/sexual-rights/intro-to-sexual-rights/> (consultado em maio de 2016)

A integridade física, ou o direito à segurança e controlo do próprio corpo, constitui o núcleo da liberdade sexual e reprodutiva.

1.3 MGF/C e os Direitos Humanos

A MGF/C está associada à desigualdade e à discriminação de género e constitui um grave atentado à saúde física e mental da mulher, afetando inclusivamente a sua vida sexual e reprodutiva. Assistimos então a uma violação dos Direitos Humanos de inúmeras raparigas e mulheres, cuja saúde e direito à vida são postos em risco. Para além disso, pode ainda estar ligada a outros problemas como violação, casamentos forçados e violência doméstica (violência de género).

Segundo a OMS (2001) são várias as “convenções e as declarações que apoiam a promoção e a proteção da saúde das crianças e mulheres e algumas promovem a eliminação da MGF” como por exemplo a já mencionada Declaração dos Direitos Humanos (1948), cujo artigo 3º estipula que todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Também o Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1966) condena a discriminação de género, reconhecendo o direito universal de todos os seres humanos aos melhores níveis de saúde física e mental. Também a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) apela à eliminação dos preconceitos e práticas que não se baseiem na igualdade.

Para além dos instrumentos já mencionados no Capítulo I, existem ainda tratados, consensos e outros documentos que protegem os direitos destas raparigas e mulheres:

- Convenção Relativa aos Estatutos dos Refugiados (1967).
- Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos (1976);

- Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais (1976);
- Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979);
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1990);
- Declaração da Assembleia Geral da ONU sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993);
- Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994);
- Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, em Pequim (1995);
- Declaração Universal da UNESCO sobre a Diversidade Cultural (2002).

A MGF/C é vista a nível internacional como uma forma de violência de género e como uma tradição prejudicial que acentua as desigualdades e a já desequilibrada distribuição do poder, diminuindo a autonomia e controlo das mulheres sobre os seus próprios corpos, saúde e vida, ao mesmo tempo que impede que estas participem de forma igual aos homens na sociedade.

Também os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU (2000-2015)¹⁹ mencionam ser de extrema importância promover a igualdade de género e o empoderamento das mulheres (3), reduzir a mortalidade infantil (4), melhorar a saúde materna (5) e combater o VIH/SIDA, malária e outras doenças (6).

¹⁹ Informação disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/> (consultado em abril de 2016)

Capítulo II – Mutilação Genital Feminina/ Corte

2.1 Conceito

O tema da Mutilação Genital Feminina/ Corte engloba uma grande variedade de sub-temas. Antes de qualquer desenvolvimento do assunto, é importante que tais sub-temas sejam definidos e discutidos.

Segundo a Amnistia Internacional (1997), a MGF/C é o “termo usado para nos referirmos à remoção parcial ou total dos genitais femininos.”. No entanto, o termo utilizado depende do país e pode também ser conhecida como corte dos genitais femininos, fanado, *sunna*, *gudniin*, *halalays*, *tahur*, *megrez*, *khitan*, entre outros. É um procedimento que se divide em quatro tipos, variando de comunidade para comunidade (apesar de não ser transversal a todas) e de país para país. De acordo com a Amnistia Internacional (AI), a infibulação é o tipo menos comum (“cerca de 15% das mutilações em África”), - ao contrário da clitoridectomia ou da excisão, que contam com cerca de 85% - mas também o mais severo. A infibulação, também denominada Tipo III, “consiste na clitoridectomia (o clítoris é removido totalmente ou parcialmente), excisão (remoção total ou parcial dos pequenos lábios) e corte dos grandes lábios” que depois são cosidos, deixando apenas um pequeno orifício destinado à saída de urina e sangue menstrual (sendo que a dimensão do orifício pode variar).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é estimado que

“mais de 200 milhões de raparigas e mulheres em todo o mundo vivam com as consequências da MGF e que, apesar dos esforços que têm sido feitos para eliminar a prática, todos os anos 3 milhões de raparigas e mulheres estejam em risco e estejam, por isso, expostas a possíveis consequências negativas a nível de saúde” (OMS, 2016).

A expressão mutilação genital feminina “refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos

infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos” e viola uma série de princípios dos Direitos Humanos, como os princípios de igualdade e não-discriminação baseado no género, o direito à vida (quando o procedimento resulta em morte) e o direito a não ser submetido a castigos cruéis, desumanos e degradantes, assim como os direitos da criança (OMS, 2016) e da mulher.

O relatório do Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/ Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CESNOVA/CICS.NOVA), *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação* (2015) refere também que

“a mutilação genital feminina (MGF) ou corte dos genitais femininos (CGF) é reconhecidamente uma grave violação dos direitos humanos das mulheres de todas as idades. Entendemos a temática em causa como um claro problema social que assenta em questões de discriminação e estigmatização com base no género, enraizadas em assimetrias de poder, refletindo uma das muitas formas de violência contra as mulheres - física, psicológica, sexual - e com nefastas consequências para a saúde, educação e empoderamento das crianças, jovens e mulheres vítimas desta prática” (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015).

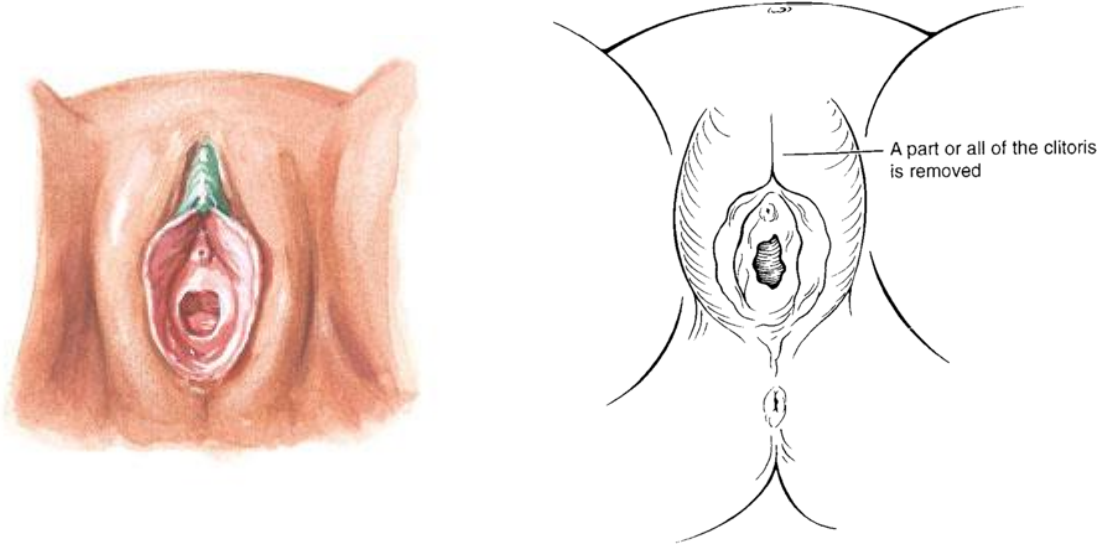
Acrescenta ainda que a “MGF, enquanto prática, ‘viola um conjunto de direitos humanos fundamentais, normas e princípios de igualdade de género e não discriminação, bem como o direito inalienável à vida e o direito a ser livre de tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante’ (Grupo de Trabalho Inter-sectorial sobre a Mutilação Genital Feminina, s.d.). Concomitantemente, é clara, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a sua condenação. Definida como ‘todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos’ (OMS, in APF, 2009: 1), é comumente praticada em raparigas entre os 0 e os 15 anos, mas também em mulheres adultas, podendo ocorrer desde o nascimento até ao casamento e pós-parto, variando conforme as comunidades e o contexto sociocultural”.

• **Tipo I – Clitoridectomia:** remoção parcial ou total do clitóris e/ou do prepúcio do clitóris:

Ia: remoção apenas do prepúcio (capuz) do clitóris

Ib: remoção do clitóris com o prepúcio.

Fig. 3 e 4 – Clitoridectomia Ib: antes e depois



Fonte: informação disponível em: <http://www.dofeve.org/types-of-fgm.html> e <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1088> (consultado em abril de 2016)

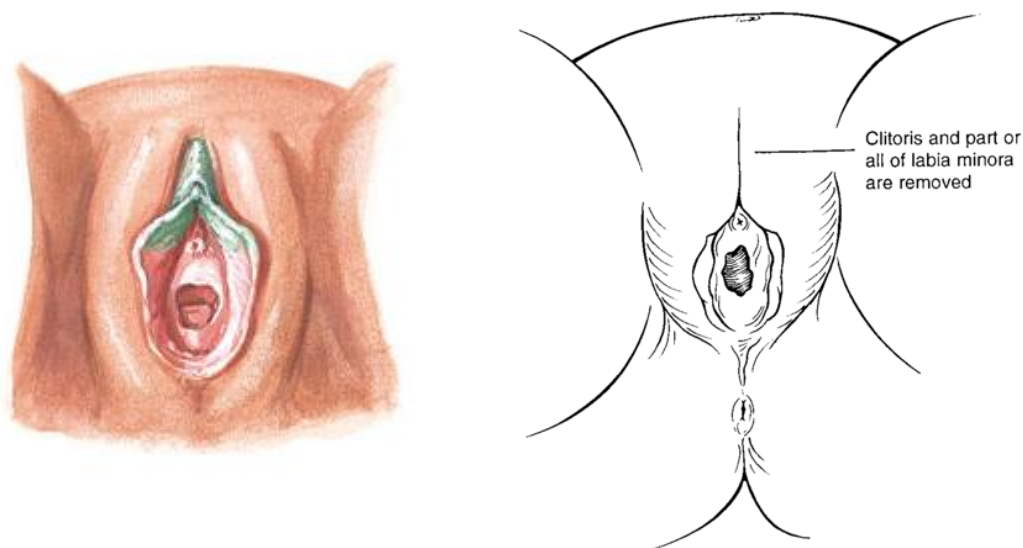
• **Tipo II – Excisão:** remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios, podendo haver um corte dos grandes lábios (em francês, o termo excisão abrange todos os tipos de MGF/C):

IIa: remoção apenas dos pequenos lábios

IIb: remoção total ou parcial do clitóris e dos pequenos lábios

IIc: remoção total ou parcial do clitóris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios

Fig. 5 e 6 – Excisão IIb: antes e depois



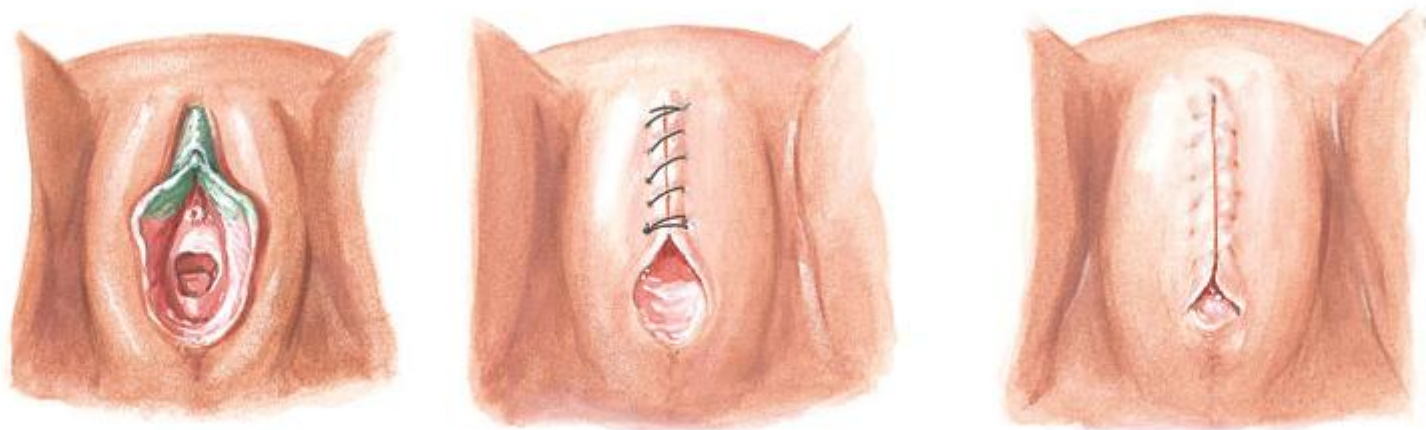
Fonte: informação disponível em: <http://www.dofeve.org/types-of-fgm.html> e <http://pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1088> (consultado em abril de 2016)

• **Tipo III – Infibulação:** estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clitóris:

IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios

IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios.

Fig. 7, 8 e 9 – Infibulação IIIb: antes e depois



Fonte: informação disponível em: <http://www.dofeve.org/types-of-fgm.html> (consultado em abril de 2016)

• **Tipo IV:** outras intervenções sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas, por exemplo, práticas como punção/picar, perfuração, incisão, cortes, escarificação (cicatrizes) e cauterização (queimaduras). O tipo IV inclui ainda, de acordo com a própria Organização Mundial da Saúde (OMS), práticas como o estiramento/alongamento dos lábios vaginais e a introdução de substâncias nocivas na vagina. De referir que o tipo IV está já documentado em Moçambique, na província de Tete, onde é comum as meninas começarem, a partir dos 8/9 anos, a alongar os pequenos lábios (localmente designada por puxa-puxa, kukhuna ou kupfunu). Nesta província, é também comum as raparigas/mulheres introduzirem produtos na vagina de modo a apertá-la, secá-la ou para tratar doenças (Bagnol & Mariano, 2012).

O corte é geralmente feito por uma mulher mais velha, normalmente sem conhecimentos anatómicos suficientes. A não ser que a família possa optar pela medicalização, ou seja, pela realização do corte num hospital ou clínica com pessoal especializado, o corte vai ser feito sem anestesia, com instrumentos não esterilizados (lâminas, facas ou pedaços de vidro), aumentando as possibilidades de infeção (incluindo VIH). Para conseguir uma hemostase (parar a hemorragia), em algumas comunidades é usual esfregar ervas ou sal²⁰, apesar de algumas já terem deixado os métodos tradicionais e usarem agora medicação moderna (Behrendt, 2011: 22).

“In rural areas, the girls are usually assembled in a group and brought to the place where the practice is carried out. In some areas, FGM/C is part of collective traditional initiation rites (e.g. Sierra Leone, Kenya, Guinea-Bissau) and the girls are taken for several weeks to the bush to receive their traditional education. In urban areas, group ceremonies have tended to disappear and FGM/C is performed individually. The same trend can be observed in communities where the law prohibiting the practice is feared: families carry out the practice clandestinely without any ceremony and consult a practitioner for one or a small number of girls” (Behrendt, 2011: 22).

²⁰ Informação disponível em: <http://about-fgm.co.uk/about-fgm/the-procedure/> (consultado em agosto de 2016)

2.2 Contextualização Histórica

De acordo com o estudo do CESNOVA/CICS.NOVA (2015), alguns autores afirmam que o primeiro documento que se refere à MGF/C data de há 2200 anos. No entanto, outros especialistas defendem a tese de que esta prática já existia na Roma antiga, há 5000 anos. O documento encontrado “reporta a existência de infibulações no Sudão (...). Na altura, no território do antigo Egipto existiam sociedades estratificadas com métodos apertados de controlar a ‘fidelidade’, em especial nas famílias socialmente elevadas”. A infibulação, ainda hoje conhecida como circuncisão faraónica/sudanesa, era uma “forma de diferenciação entre os grupos mais ricos e mais pobres, o símbolo de um ‘bom casamento’” (Mackie, 2000). Pode então concluir-se que já desde esta altura, a prática era utilizada como um instrumento para controlar as mulheres e a sua sexualidade.

No entanto, existem outros documentos que reportam que teve início no Egipto e no Sudão, tendo-se dispersado, mais tarde, devido ao comércio e casamentos arranjados entre tribos nómadas árabes (Oberreiter, 2008). Ou seja, a sua origem não é consensual. O relatório do CESNOVA/CICS.NOVA (2015) faz referência a Branco (2006), que aponta para as análises forenses que revelaram que as múmias egípcias mostravam indícios da prática.

Outras teorias sugerem ainda que se terá iniciado com a expansão do islão para algumas regiões da África Subsaariana, e outras que poderá ter começado entre grupos étnicos específicos da África Subsaariana e como parte integrante dos ritos da puberdade (OMS, 2001: 47).

Assim como a teoria de Freud (1931), no antigo Egipto acreditava-se que o clitóris representava a parte masculina da mulher (e o prepúcio a parte feminina do homem). Assim, a MGF/C e a circuncisão masculina eram praticadas com o objetivo de diferenciar os dois géneros, para que as suas responsabilidades e papéis fossem claramente separados socialmente (Martingo, 2009: 47). Para além disso, acredita-se que esta remoção parcial dos genitais vai aumentar a feminilidade das raparigas, ou seja, vai torná-las mais dóceis e obedientes (Amnistia Internacional, 1997): “É possível que o trauma da excisão possa ter, de facto, este efeito na personalidade de uma rapariga. Se a

excisão faz parte de um ritual de iniciação, então é acompanhado pelo ensinamento sobre o papel de uma mulher na sociedade” (AI, 1997).

Há ainda quem fale da história de Abraão. Ibrahim, em árabe, casou com uma mulher estéril, Sara:

“Foi ela própria que lhe sugeriu que tomasse outra mulher, que lhe desse descendentes. Abraão escolheu Agar, a escrava egípcia, que engravidou. Existem várias versões do fim da história, mas a que interessa para o caso conta que Sara, apercebendo-se do interesse crescente de Abraão por Agar, virou a sua ira contra a escrava, mutilando o seu órgão sexual. A este episódio relacionado com o profeta e patriarca das três religiões monoteístas, as fontes acrescentaram ainda que, durante os períodos de guerra, quando os homens saíam para combater, ‘era preciso tornar as mulheres mais frias, para que não procurassem sexo o tempo todo’” (Branco, 2002).

No entanto, sabe-se também que na Europa e nos Estados Unidos da América do séc. XIX eram praticados certos procedimentos, como a clitoridectomia ou queimar o clitóris (assim como a circuncisão masculina), como forma de prevenir comportamentos considerados doentios, como a masturbação:

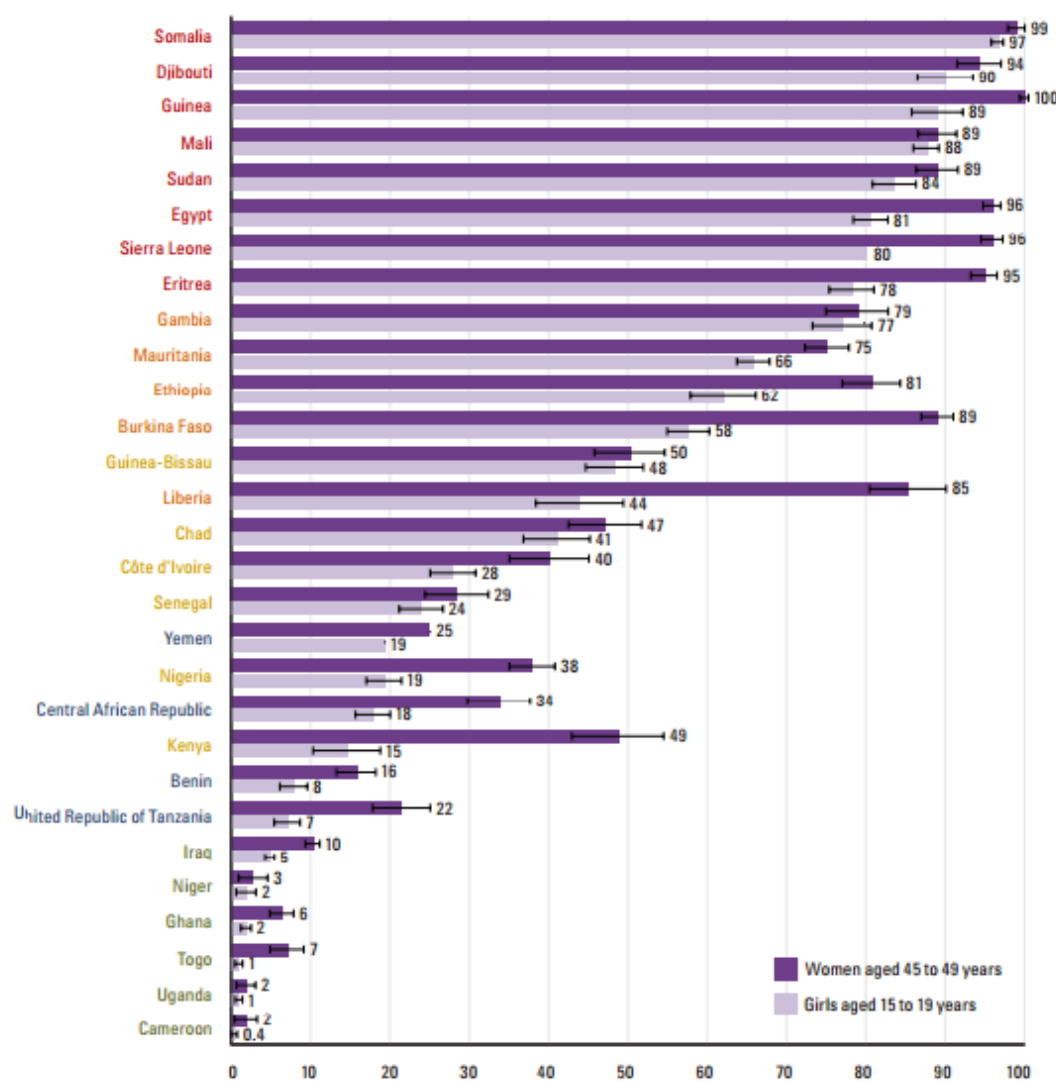
“Observing that boys masturbated by manipulating their foreskin and girls by stimulating their clitoris, the physicians concluded that circumcision and clitoridectomy were the appropriate responses to stop these behaviors. Sander Gilman notes that the late-19th-century German authority Hermann Rohleder advocated circumcision for male masturbators and burning of the clitoris with acid for female; Gilman comments that ‘circumcision and clitoridectomy were seen as analogous medical procedures’ (1993:65) (Darby e Svoboda, 2007: 309). (...) In the United States, (...) doctors performed a variety of operations on the female genitals to cure nervous and other complaints until the 1950s, while as late as the mid-1970s FGA [Female Genital Alteration] (here meaning excision of the clitoral hood) was being recommended as an enhancement by some medical journals (Wollman, 1973) and popular magazines (Isenberg and Elting, 1976) (Darby e Svoboda, 2007: 312).

Ou seja, apesar de terem uma denominação diferente hoje em dia, a prática era semelhante e pretendia também controlar a sexualidade da população.

De acordo com a UNICEF, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma lenta diminuição no número de meninas e raparigas submetidas a esta prática em alguns países. Esta lenta diminuição deve-se à mudança de atitudes entre as raparigas e mulheres mais novas, particularmente, as que têm um acesso mais fácil à educação e que estão mais conscientes das consequências negativas da MGF/C.

Também a existência de campanhas anti-MGF/C, que favoreceram a disseminação de mais informação e a criminalização da sua prática, contribuíram para estas mudanças.

Gráfico 1 – Percentagem de raparigas entre os 15 e os 19 anos e de mulheres entre os 45 e os 49 que foram submetidas à MGF/C



Fonte: UNICEF (2013: 101) (informação disponível em: http://www.unicef.org/media/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf, consultado em junho 2016)

2.3 Motivações e Consequências

Esta prática milenar acontece por diversas razões, sendo que essas justificações se vão alterando de país para país, por vezes até de aldeia para aldeia. Existem inúmeras razões para a continuação desta prática: justificações socioculturais, económicas, psicológicas, higiénicas e estéticas, espirituais e religiosas e ainda psicossexuais.

Para além disso, é fundamentada por crenças, valores e atitudes tradicionais. Dependendo do país, cultura ou região, acredita-se que esta prática aumenta a fertilidade e facilita o parto, que melhora o nível de higiene e que torna os genitais femininos mais bonitos. Acreditam ainda que estão a libertar a mulher de um órgão perigoso (em algumas culturas, o acredita-se que clitóris tornará os homens estéreis se os seus genitais entrarem em contacto, ou o recém-nascido irá morrer), e que estão a evitar que ela tenha comportamentos promíscuos e que cometa adultério (Behrendt, 2011: 23). Acreditam que estão a cortar a parte masculina do corpo feminino, para que este não cresça (Plan International, 2007: 14; Behrendt, 2005).

Para além disso, muitas comunidades associam a MGF/C com poderes sobrenaturais, demónios e magia negra. É habitual culpar esses espíritos maus quando ocorrem infeções ou mesmo a morte. É o que acontece na Serra Leoa, onde as meninas e raparigas são obrigadas a jurar que nunca falarão sobre o assunto, temendo morrer se forem desobedientes, fazendo com que se mantenha um tabu (Plan International, 2007: 15; Behrendt, 2005).

Em comunidades de alguns países, como no Quénia ou na Serra Leoa, a MGF/C é vista como um ritual de passagem à idade adulta (OMS, 2001). “Nas sociedades tradicionais os rituais de passagem são muitíssimo valorizados pelo significado que impõem à própria ordem social. Em qualquer sociedade, a inclusão social, o sentimento de fazer parte do grupo, de ser aceite pelos pares é fundamental para o equilíbrio de cada elemento e da comunidade como um todo (Marcelino, in APF, 2008: 117). Noutras comunidades, é vista como uma forma de preservar a virgindade das raparigas até ao casamento (como acontece no Sudão, no Egipto, na Etiópia e na Somália):

“Em cada comunidade onde a MGF é praticada, esta é a parte importante da identidade de género definida culturalmente, o que explica porque tantas mães e

avós apoiam a prática: consideram que é parte fundamental da sua feminilidade e acreditam ser essencial para integração das suas filhas na sociedade. Na maioria destas comunidades, a MGF é um pré-requisito para o casamento e este é vital para a sobrevivência social e a economia da mulher” (OMS, 2001: 71).

É importante lembrar que este procedimento é realizado por uma mulher mais velha, “tradicionalmente conhecida por fanateca [em guineense] ou excisadora (Martingo, 2009: 113). Também pode ter o nome de halaleiso. Para estas mulheres, que muitas vezes também preparam os partos, os casamentos e o procedimento pós-parto, a prática da MGF/C representa uma fonte de rendimento económico, para si e para a sua família (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 30).

Por estas razões, é necessário perceber que estas comunidades têm razões para valorizar a MGF/C e que mudar valores e atitudes tradicionais é um processo longo. Só assim poderão refletir sobre a prática e perceber se ela resulta de uma escolha racional ou de uma influência.

Segundo o curso e-learning *United to END FGM (UEFGM)* do Instituto Mediterrânico de Estudos de Género²¹, esta é uma tradição que tem como objetivo controlar a sexualidade feminina, já que a virgindade de uma mulher é visto como um pré-requisito para casar, estando também ligado à honra da família. Assim, a infibulação é usada para reduzir o desejo sexual feminino (assim como o as relações sexuais pré-maritais), preservando e provando a virgindade feminina.

O curso acrescenta que, tendo em conta que em algumas sociedades as mulheres não excisadas não podem tocar em água ou alimentos, podemos também falar na higiene como uma justificação utilizada por algumas culturas: acreditam que os genitais femininos são algo sujo e, por isso, algo a eliminar. Também a identidade cultural é um fator-chave nesta tradição, já que define quem pertence à comunidade. Por exemplo, se numa comunidade esta prática é vista como um ritual de iniciação, uma rapariga não excisada não será considerada adulta.

Para além disso, marca a diferença entre os sexos em termos do seu papel no casamento e na vida. “É compreendido como obrigação de uma mãe na preparação das suas filhas para as suas tarefas como futuras esposas”.²² Por esta razão, as mães

²¹ Informação disponível em: <http://uefgm.org/Course.aspx?Language=PT> (consultado em março de 2016)

²² Informação disponível em: <http://uefgm.org/Course.aspx?Language=PT> (consultado em março de 2016)

continuam a fazê-lo: querem que as filhas sejam respeitadas e que tenham a oportunidade de serem consideradas para casamento.

Por último, fala-se também da religião como uma razão, embora em nenhum dos livros sagrados esteja escrito que a MGF/C deva ser praticada. No entanto, adquiriu uma dimensão religiosa, mais particularmente islâmica, apesar de anteceder o Islão e de não ser praticada pela maioria dos muçulmanos. Apesar de alguns muçulmanos o fazerem porque acreditam que o Corão os obriga, este não é um assunto consensual entre os líderes islâmicos. Para além disso, é também praticado por cristãos, judeus e animistas.

Behrendt (2011: 23) afirma que esta é uma prática cultural que antecede o Cristianismo ou o Islão, apesar de muitos deles acreditarem que este é uma obrigação religiosa.

Por outro lado, a campanha anti-MGF/C defende os direitos sexuais e reprodutivos da mulher – posição apoiada pela lei internacional dos Direitos Humanos e pela legislação internacional de muitos países da União Europeia (por exemplo, a Constituição Portuguesa diz que “2. Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.”, no art.16º).

Para além das consequências mencionadas, segundo o relatório de Manfred Nowak (2008) enquanto *Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*²³,

“like torture, female genital mutilation (FGM) involves the deliberate infliction of severe pain and suffering. The pain is usually exacerbated by the fact that the procedure is carried out with rudimentary tools and without anaesthetic. Many girls enter a state of shock induced by the extreme pain, psychological trauma and exhaustion from screaming. The procedure can result in death through severe bleeding leading to haemorrhagic shock, neurogenic shock as a result of pain and trauma, and overwhelming infection and septicaemia. Other immediate medical complications include ulceration of the genital region, injury to adjacent tissues and urine retention. Although the scientific research addressing the psychological consequences of FGM is limited, some studies have found an increased likelihood of fear of sexual intercourse, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression

²³ Informação disponível em: <http://www.refworld.org/pdfid/47c2c5452.pdf> (consultado em março de 2016)

and memory loss, and that the cultural significance of the practice might not protect against psychological complications”.

Para além disso, acrescenta que a dor causada pela MGF/C não se limita com o procedimento inicial, mas que geralmente continua durante toda a vida: dependendo do tipo e severidade do procedimento, podem existir consequências a longo-prazo como infeções crónicas, tumores, abscessos, cistos, infertilidade, crescimento excessivo do tecido cicatricial, aumento do risco de infeção de VIH/SIDA, hepatite, danificação da uretra, podendo resultar em incontinência urinária, menstruações e relações sexuais dolorosas, e outras disfunções sexuais. A MGF também aumenta o risco de morte da mãe e da criança durante o parto, e ainda maiores incidências de cesarianas e hemorragias pós-parto.

Nowak (2008) escreve ainda que as mulheres que são infibuladas têm de ser desinfibuladas mais tarde, como no casamento e durante o parto, causando ainda mais problemas físicos e psicológicos. Tal acontece através de uma cirurgia ou mesmo durante o ato sexual, o que aumenta a dor durante as primeiras semanas, para além da dor e complicações que o homem pode experienciar.

É de notar que têm vindo a ocorrer mudanças em relação a esta prática. Devido às campanhas e à maior informação sobre a MGF/C, algumas comunidades têm aderido cada vez mais a uma forma mais segura a curto-prazo (no entanto, de falsa segurança), a medicalização (Plan International, 2007: 26). Alguns especialistas defendem que faz cair as razões sobre a saúde, já que é praticada em hospitais e clínicas por profissionais de saúde, recorrendo a anestésias e antissépticos. Ou seja, a justificação que é frequentemente utilizada é a de que, como é realizada por profissionais e com boas condições de higiene e de assepsia, reduz o nível de dores e de riscos.

Muitos defendem que este é o primeiro passo para a prevenção da prática, já que se não puderem recorrer a pessoal especializado, as mulheres irão ver-se obrigadas a recorrer a circuncisadoras que, embora experientes na realização da MGF/C, não detêm o conhecimento necessário sobre a anatomia feminina para que o procedimento seja menos perigoso. Para além disso, nesses últimos casos as mulheres não têm direito a boas condições de higiene nem a analgésicos. Assim sendo, é possível afirmar que, apesar de algumas das consequências imediatas possam ser minimizadas através desta prática mais higiénica, não existem quaisquer provas de que elimine ou reduza

complicações a longo-prazo, segundo a campanha europeia END FGM, levada a cabo pela Amnistia Internacional Irlanda. Para além disso, todos os organismos e associações médicas o proíbem, como é mencionado na Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial, “a Saúde do meu Doente será a minha primeira preocupação”.²⁴

Nowak (2008) apoia a tese que, do ponto de vista dos Direitos Humanos, não torna a prática mais aceitável, apesar de realizada por profissionais. Informou ainda que o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados afirma que

“FGM, which causes severe pain as well as permanent physical harm, amounts to a violation of human rights, including the rights of the child, and can be regarded as persecution. The toleration of these acts by the authorities, or the unwillingness of the authorities to provide protection against them, amounts to official acquiescence. Therefore, a woman can be considered as a refugee if she or her daughters fear being compelled to undergo FGM against their will; or, she fears persecution for refusing to undergo or to allow her daughters to undergo the practice.’ In the refugee context it has also been found that FGM amounts to ‘continuing and permanent persecution’” (Nowak, 2008).

Neste sentido, o Instituto Mediterrânico de Estudos de Género refere que, anualmente, cerca de 20 000 mulheres e raparigas de países de risco pedem asilo à UE, sendo que os principais países que as acolhem são a Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Suécia e Reino Unido. Por outro lado, estas raparigas e mulheres são provenientes da Nigéria, Somália, Eritreia, Guiné e Costa do Marfim, principalmente.²⁵

2.4 Alguns dados sobre a prática da MGF/C

Estima-se que 100 a 140 milhões de raparigas e mulheres tenham já sido submetidas a uma das formas de Mutilação Genital Feminina/Corte e que, pelo menos, 3 milhões estejam em risco anualmente, ou seja, 8000 por dia²⁶. A maioria delas é originária/vive em 28 países africanos (Benim, Burkina Faso, Camarões, Chade, Congo,

²⁴ Informação disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf> (consultado em março de 2016)

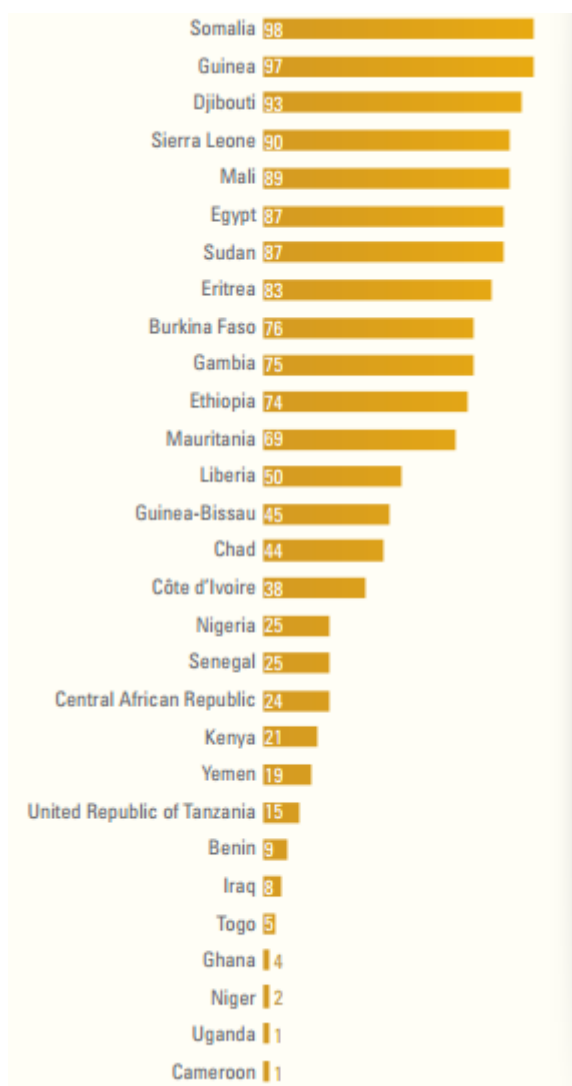
²⁵ Informação disponível em: <http://uefgm.org/Course.aspx?Language=PT> (consultado em março de 2016)

²⁶ Informação disponível em em: http://uefgm.org/AccountCourse-Basic_Facts_of_Female_Genital_Mutilation,EN.MYCOURSE.01.01,EN (consultado em março de 2016)

Costa do Marfim, Djibouti, Egito, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Mauritânia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sudão, Tanzânia, Togo e Uganda), sendo que existem também alguns países e regiões no Médio Oriente (Arábia Saudita, Iémen, Iraque e algumas comunidades curdas), na Ásia (Indonésia) e ainda em alguns grupos étnicos na América central e do sul que mantêm esta tradição, como é o caso do povo Embera na Colômbia, onde a MGF/C é realizada em recém-nascidas (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 19) e que terá sido introduzida nesta comunidade no século XVIII, através da presença de escravos africanos do Mali (Cosoy, 2016).

O CESNOVA/CICS.NOVA (2015: 19) acrescenta ainda que a MGF/C está registada também em Israel, Omã e Emirados Árabes Unidos, no Médio Oriente, e ainda na Índia, Sri Lanka e Malásia, na Ásia, sendo que o tipo, as razões e o número de meninas e mulheres submetidas varia de país para país, e até de comunidade para comunidade (UNICEF: 2016). Para além disso, é importante ter em conta que as mulheres submetidas à MGF/C encontram-se hoje espalhadas um pouco por todo o mundo, em grande parte devido às migrações/ migrações forçadas, consequência da globalização.

Gráfico 2 - Percentagem de meninas e mulheres entre os 15 e os 49 anos submetidas à MGF/C, entre 2004 e 2015



Fonte: UNICEF, 2016 (informação disponível em: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/FGMC-2016-brochure_250.pdf, consultado em junho de 2016)

Em consequência dos fluxos migratórios, nos últimos anos tem-se registado um aumento substancial no número de meninas e mulheres submetidas à MGF/C na Europa e, mais especificamente, em Portugal. No caso português, as comunidades que praticam a MGF/C são originárias principalmente de países da África subsaariana: Guiné-Bissau, Guiné (Conacri), Senegal (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 49). No entanto, “o carácter

dinâmico dos fluxos migratórios pode vir a alterar esta situação, pelo que é necessário estar atento a possíveis mudanças e suas repercussões ao longo dos próximos anos” (DGS, 2016:1).

Como já foi antes referido, esta prática é uma tradição que se mantém em muitos países, com culturas e línguas diferentes existindo, por isso, diferentes termos utilizados quando nos referimos à MGF/C, como está exemplificado no Quadro 1:

Quadro 1 – Termos tradicionais e locais para a MGF/C

País	Termo usado para MGF	Língua	Significado
Egito	<i>Thara</i>	Árabe	Deriva da palavra “ tahar”, que significa limpar/purificar
	<i>Khitan</i>	Árabe	Circuncisão – usado para MGF e para circuncisão masculina
	<i>Khifad</i>	Árabe	Deriva de “khafad” – significa diminuir (raramente usado)
Etiópia	<i>Megrez</i>	Amárico	Circuncisão/corte
	<i>Absum</i>	Harrari	Nome do ritual
Eritrea	<i>Mekhnishab</i>	Tigregna	Circuncisão/corte
Quênia	<i>Kutairi</i>	Suaíli	Circuncisão – usada para MGF e circuncisão masculina
	<i>Kutairi was ichana</i>	Suaíli	Circuncisão de raparigas
Nigéria	<i>Ibi / Ugwu</i>	Igbo	O acto de cortar – usado para ambos os géneros
	<i>Sunna</i>	Mandingo	Tradição religiosa/obrigação – para muçulmanos
Serra Leoa	<i>Sunna</i>	Soussou	Tradição religiosa/obrigação – para muçulmanos
	<i>Bondo</i>	Temene/ Mandingo/ Limba	Parte integral de um ritual de iniciação para a idade adulta – para não muçulmanos
	<i>Bondo / Sonde</i>	Mendee	Parte integral de um ritual de iniciação para a

			idade adulta – para não muçulmanos
Somália	<i>Gudiniin</i>	Somali	Circuncisão – usada para MGF e circuncisão masculina
	<i>Halalays</i>	Somali	Deriva do árabe “halal” – implica pureza. Usado por somalis do Norte e falantes de árabe
	<i>Qodiin</i>	Somali	Dar pontos/ coser/apertar – refere-se à infibulação
Sudão	<i>Khifad</i>	Árabe	Deriva de “khafad” – significa diminuir (raramente usado)
	<i>Tahoor</i>	Árabe	Deriva da palavra “ tahar”, que significa purificar
Chade (Ngama)	<i>Bagne</i>		Usado no Saara Madjingaye
Saara subgrupo	<i>Gadja</i>		De 'ganza' usado na República Central Africana
Guiné-Bissau	<i>Fanadu di Mindjer</i>	Crioulo	Corte de raparigas
Gâmbia	<i>Niaka</i>	Mandinka	Literalmente “cortar”
	<i>Kuyango</i>	Mandinka	Nome dado ao sítio físico onde se dão as iniciações
	<i>Musolula Karoola</i>	Mandinka	“o lado das mulheres”/”o que respeita às mulheres”

Fonte: Health Department, 2016: 30

Muitos são os que falam também de uma circuncisão feminina, comparando-a à masculina. Em *Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men* (Siegfried; Muller; Deeks; Volmink: 2009: 1), é definida como “the surgical removal of all or part of the foreskin of the penis and may be practiced as part of a religious ritual, as a medical procedure, or as part of a traditional ritual performed as an initiation into manhood”. No entanto, apesar de também ser identificada com costumes ou tradições religiosas, a circuncisão masculina não possui efeitos negativos físicos e não é um procedimento tão invasivo.

É importante perceber que, apesar de já ter sido banida em muitos países, a prática perdura, principalmente devido a razões associadas a cultura e tradição, como: crença de que constitui um requisito da religião; preservação da virgindade/castidade; controlo da sexualidade da mulher; aceitação social; requisito para casamento; ritual de passagem; preservação da honra da família; identidade de género; sentido de pertença e identidade a um determinado grupo (CIG, 2014: 3).

No entanto, como já foi referido, não existem fundamentos religiosos que obriguem à prática da MGF/C em nenhum dos livros sagrados (Bíblia, Corão ou Tora), apesar de esta poder ser encontrada nas “três grandes religiões monoteístas” (Branco, 2006:59). Pelo contrário, a MGF/C está "assente em tradições e práticas culturais milenares que visam proteger a identidade cultural do grupo e contribuem para o sentimento de pertença à comunidade" e para a integração comunitária destas raparigas e mulheres e, dessa forma, poder garantir a aceitação social e a honra da família.

"Contudo, como salientam as Nações Unidas e outras agências e acordos internacionais, incluindo a recente Convenção do Conselho da Europa sobre Violência contra as Mulheres e Violência Doméstica, também conhecida como Convenção de Istambul, a MGF continua a ser uma manifestação de desigualdade de género que é utilizada como uma forma complexa de violação e não respeito dos direitos humanos, incluindo dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas e mulheres, consubstanciando uma forma de violência de género" (CIG, 2014: 4).

O tipo de mutilação e a idade em que as raparigas são excisadas depende de vários fatores, como a nacionalidade, o grupo étnico, o nível socioeconómico da família e a área (rural ou urbana). É geralmente praticado em crianças entre os 4 e os 12 anos. No entanto, em algumas culturas o procedimento acontece à nascença, antes do casamento, ou durante a primeira gravidez e é geralmente celebrada pela família e pela comunidade, marcando a passagem à idade adulta.

Para além disso, é importante frisar que algumas mulheres são excisadas mais do que uma vez durante a vida, como depois do parto (muito comum em comunidade que praticam a infibulação), sendo esta chamada “reinfibulação”.

2.5 Reações das instituições à MGF/C

Muitos autores defendem ser necessário que exista um trabalho *com* a população em vez de *para* a população, ou seja, é imprescindível que haja uma cooperação e um envolvimento comunitário, para que seja possível dar uma melhor resposta às suas necessidades e a encontrar soluções para os seus problemas. Assim, ela é encorajada a assumir a responsabilidade e a tomar decisões de forma autónoma, ao mesmo tempo que é respeitada.

Segundo a psicóloga e especialista no tema Yasmina Gonçalves, deve ser utilizado a “estratégia BCC – Behaviour Change Communication (OMS, 1999), na qual as pessoas são o centro e o motor da mudança, assegurando o processo interactivo com as comunidades, em vez um processo de uma só via. (...) A estratégia BCC é utilizada para promover, apoiar e manter a mudança de comportamento ao nível individual, social e comunitário. Estamos a falar de intervir a partir das e com as pessoas num verdadeiro processo de empoderamento ao nível da saúde, educação e cidadania” (Gonçalves, in APF, 2007: 27).

Assim, torna-se claro que o primeiro passo para a mudança é a informação e a educação, ou seja, deve começar-se por explicar que, para além de causar problemas de saúde, consiste também numa discriminação de género e numa violação dos Direitos Humanos. No entanto, é importante ter um discurso menos baseado no etnocentrismo, e possuir uma sensibilidade intercultural, de modo a não impor certos ideais. Este processo de mudança pode ser feito através da formação de profissionais de saúde - enfermeiros, obstetras, pediatras e profissionais que trabalhem na área dos direitos sexuais e reprodutivos/planeamento familiar e através do diálogo com líderes e grupos-chave dessas comunidades, a título de exemplo.

É também importante usar o trabalho de *advocacy* como área de ação, que consiste em defender/argumentar a favor da causa, com o objetivo de obter apoio político, público e financeiro para a causa, influenciando o maior número de pessoas possível, através de estratégias como a consolidação de alianças com ONGs ou instituições públicas, do uso eficaz dos meios de comunicação, e trabalhando com as comunidades.

“No Quênia e no Uganda, as iniciativas de prevenção têm incluído trabalhar rituais alternativos, trabalhar com as pessoas mais velhas da comunidade, governos locais e Ministérios, organizações internacionais e locais assim como o trabalho inter pares e jovens em advocacy. No projecto do Quênia, as mulheres tornaram-se acérrimas defensoras no programa de prevenção, enquanto as jovens foram impulsionadas a procurar ajuda quando e se as suas famílias as obrigassem a submeter-se à MGF/CGF. (...) Na Europa, várias APFs, incluindo Holanda, Alemanha, Portugal e França, têm com as comunidades migrantes que países onde a MGF/CGF existe, desenvolvido activamente serviços de apoio, programas educacionais, formação e estão a influenciar as políticas no país” (Otoo-Oyortey, in APF 2007: 17).

Em primeiro lugar, as alianças com ONGs, ou seja, parcerias com entidades da mesma área, tem inúmeras vantagens, como a partilha de informação, de experiência e de recursos. As várias agências das Nações Unidas que trabalham o tema da MGF/C são a Organização Mundial de Saúde (OMS), The United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF), The United Nations Population Fund (UNFPA), The United Nations Development Fund for Women (UNIFEM, agora UN Women). No contexto das redes de trabalho e ONG internacionais é de destacar: o Comité Inter-Africano para as Políticas Tradicionais (IAC); Foundation for Women's Health Research and Development (FORWARD); RAINBO, PATH; EQUALITY NOW; Amnistia Internacional; Rede Europeia para a Eliminação da MGF (Euronet FGM); Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO); Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF); International Confederation of Midwives (ICM); Associação Médica Internacional da Mulher; Rede de Parteiras Africanas para a Investigação (OMS, 2001: 81).

Em segundo lugar,

“apenas quando quem realiza a MGF aceitar a necessidade do seu abandono e eliminação, é que serão possíveis as mudanças desejadas. Assim, o trabalho com as comunidades com o objetivo de educar, formar e sensibilizar (...) é parte vital de todos os programas, incluindo os de *advocacy*.” (OMS, 2001: 81).

Assim sendo, o *lobbying* é bastante importante – ou seja é necessário atuar diretamente sobre uma determinada pessoa ou comunidade, como forma de influenciar a

sua opinião e ações. No entanto é, geralmente, um processo lento, que exige paciência e dedicação.

A luta contra a MGF/C implica um compromisso a longo prazo e necessita de bases que fundamentam mudanças de comportamento: programas sólidos anti-MGF/C, com dimensão de Direitos Humanos e empoderamento das meninas e mulheres, a nível local, regional e nacional (e internacional); um governo que crie leis e recursos; inclusão da prevenção da MGF/C em programas governamentais e não-governamentais (como programas de saúde, incluindo de saúde sexual e reprodutiva, saúde infantil e juvenil, de saúde pública, de educação, de serviços sociais, Igualdade e Cidadania e de Direitos Humanos); profissionais de saúde com formação necessária para reconhecer e orientar mulheres que tenham sido submetidas à prática; coordenação entre agências governamentais e não-governamentais e empoderamento da mulher (OMS, 2001: 82).

De acordo com a UNFPA (2015)²⁷, a MGF/C é hoje ilegal em 23 países africanos: África do Sul (2000); Benim (2003); Burkina Faso (1996); Chade (2003); Costa do Marfim (1998); Djibouti (1994, 2009); Egito (2008); Eritreia (2007); Etiópia (2004); Gana (1994, 2007); Guiné (1965, 2000); Guiné-Bissau (2011); Mauritânia (2005); Níger (2003); Nigéria (1999-2002, federalmente banido em 2015); Quênia (2001, 2011); República Centro Africana (1996, 2006); Senegal (1999); Sudão (Kordofan do Sul em 2008 e Gedaref 2009); Tanzânia (1998); Togo (1998); Uganda (2010); Zâmbia (2005, ratificado em 2011).

No entanto, é também ilegal em países não-africanos, como: Austrália (1994-2006); Áustria (2002); Bélgica (2000); Canadá (1997); Colômbia (resolução nº 001 de 2009 pelas autoridades indígenas); Chipre (2003); Dinamarca (2003); Espanha (2003); Estados Unidos da América (1996, 17 de 50 estados entre 1994 e 2006); França (1979); Itália (2005); Luxemburgo (2008, proíbe a mutilação, embora não especificamente a mutilação genital); Nova Zelândia (1995); Noruega (1995); Portugal (2007); Reino Unido (1985); Suécia (1982, 1998); Suíça (2005, 2012).

No entanto, este tipo de legislação, nomeadamente em países “ocidentais”, é visto muitas vezes como uma tentativa de limitar a identidade cultural das comunidades

²⁷ Informação disponível em: http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#banned_by_law (consultado em abril de 2016)

praticantes e as suas tradições. Para além disso, apesar de existirem legislações nacionais e internacionais que proíbem e criminalizam a MGF/C, esta prática não vai deixar de ser realizada anualmente em milhões de meninas. Exatamente por ser uma questão cultural, tem ser tratada como tal, ou seja, é imprescindível que haja um diálogo intercultural, num clima de interajuda e não de reprovação e superioridade em relação a outra cultura. Deve também ser visto como uma questão de saúde pública, que pode beneficiar muito com campanhas de sensibilização.

No entanto, Yasmina Gonçalves defende que

“mudar comportamentos enraizados em valores culturais exige que se actue e informe em áreas tão distintas como a educação, a saúde, a intervenção comunitária e acção social. Certa é que a adesão à mudança jamais se fará pela via da discriminação do género ou da idade e, muito menos, da criminalização de condutas” (Gonçalves in APF, 2007: 26).

Para além disso, como refere Maria Cristina Santinho (APF, 2007: 68), supõe-se que a MGF/C se pratica em Portugal de “forma directa e clandestina, ou em alternativa, durante o curto período de regresso temporário de algumas famílias de imigrantes, ao seu país de origem”, pelo que por vezes será possível de contornar a lei.

Existem inúmeras organizações que se dedicam à consciencialização e à luta pela erradicação da prática, para além da OMS, UNFPA, FIGO, entre outras: como são exemplo disso a FORWARD, RAINBO, Daughters of Eve, Amnistia Internacional, Desert Flower Foundation, Terre des Femmes. Em Portugal, pode apontar-se a CIG, a DGS, o Instituto Camões a nível público e a UMAR, a AI Portugal, a P&D Factor, a AJPAS, a APF a nível de ONGs.

É certo que submeter uma rapariga à MGF/C vai levar a uma inclusão mais fácil e mais rápida na sociedade, criando uma conexão social (capital social) com as outras mulheres, não só a nível local, mas além fronteiras.

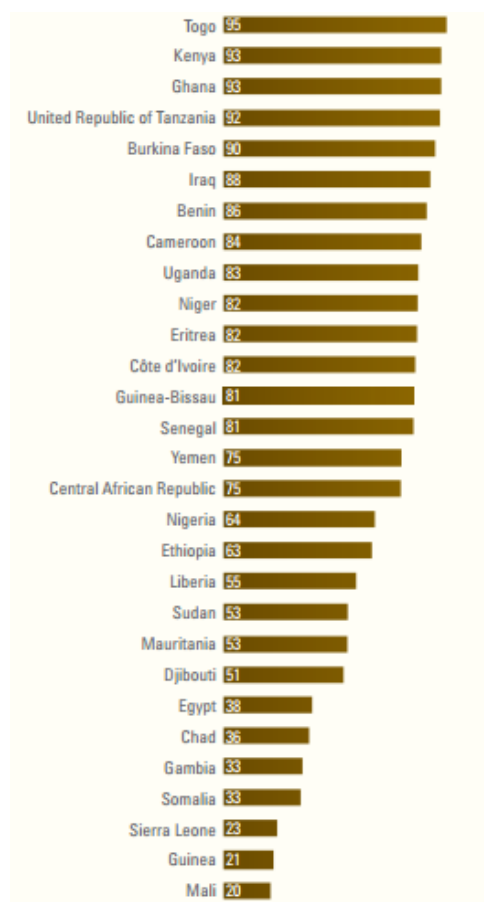
Segundo os autores de *Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia. Testing predictions of social convention theory*, de Shell-Duncan, Wander, Hernlund e Moreau (2011), a continuação desta prática serve também para dar um seguimento à hierarquia de poder existente nestas comunidades, em que as

mulheres mais velhas têm um papel de prestígio. Estão no topo da hierarquia de poder das famílias, sendo procuradas pelas mulheres mais novas para as aconselhar.

Para além disso, existe a pressão social. Nenhuma mãe vai querer que a filha passe pela vergonha de não ter sido cortada: ela seria provavelmente julgada e marginalizada, impedindo-a de ser elegível para casamento. A identidade cultural, a sensação de pertença a uma comunidade ou a uma cultura também dificulta o fim da prática. Uma mulher que não tenha sido submetida à prática será considerada impura, podendo ser discriminada e excluída.

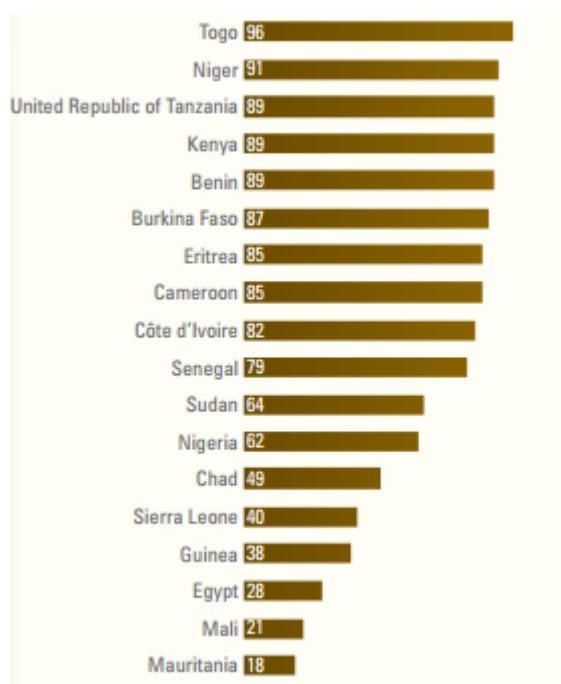
No entanto, existem dados que demonstram que a maioria da população onde esta prática existe é contra ela, como é possível observar nos gráficos 3 e 4:

Gráfico 3 - Percentagem de raparigas e mulheres entre os 15 e os 49 anos que já ouviram falar da MGF/C e pensam que a prática deveria terminar, 2004-2015



Fonte: UNICEF, 2016 (Informação disponível em: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/FGMC-2016-brochure_250.pdf, acedido em junho de 2016)

Gráfico 4 - Percentagem de rapazes e homens entre os 15 e os 49 anos que já ouviram falar da MGF/C e pensam que a prática deveria terminar, 2004-2015



Fonte: UNICEF, 2016 (Informação disponível em: http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/FGMC-2016-brochure_250.pdf, acedido em junho de 2016)

O gráfico 3 mostra a percentagem de meninas e mulheres entre os 15 e os 49 anos que já ouviram falar sobre a MGF/C e que pensam que a prática deveria terminar, e o gráfico 4 mostra a percentagem de rapazes e homens entre os 15 e os 49 anos que já ouviram falar sobre a MGF e que pensam que a prática deveria terminar (2004-2015). De acordo com os dados da UNICEF, na maioria dos países apresentados, existem mais rapazes e homens que se opõem à MGF/C do que meninas e mulheres.

Capítulo III – A MGF/C em Portugal

3.1 Caracterização do problema

Em Portugal, são residentes milhares de mulheres oriundas de países onde a MGF/C é frequente, como se pode concluir a partir do Quadro 2. De acordo com a UNFPA, deve ser estudado o número de raparigas submetidas a esta prática com mais de 15 anos, já que a maioria das raparigas é cortada, em idades variadas, antes dos 15. Depois dessa idade, o risco em que se encontram é muito menor.

“Indicators that measure girls younger than age 15 only reflect the current FGM status of these girls. This, therefore, can result in under-reporting of the actual prevalence of FGM because the girls are still at risk of undergoing this practice” (UNFPA, 2015:27).

Quadro 2 - Mulheres residentes em Portugal provenientes de países onde a MGF/C é praticada, por naturalidade e grupo etário (N)

País de origem	total 15+	Idade							
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
Benim	2	1				1			0
Burkina Faso	8			1	1	3	1	1	1
Camarões	38	5	2	7	9	7	5	1	2
Centro-Africana (República)	67		4	8	6	9	8	7	25
Chade	10			1	1	1	1	1	5
Costa do Marfim	38	5	4	5	10	4	3	2	5
Egipto	58	1	7	9	8	3	4	5	21
Eritreia	2			1					1
Etiópia	19	1	1	3	3	3	7		1
Gâmbia	38	2	3	4	12	9	5	1	2
Gana	64	2	3	9	19	7	9	8	7
Guiné	168	13	16	38	41	25	20	8	7
Guiné-Bissau	11906	1112	1265	1203	1514	1607	1486	1265	2454
Iémen	2							2	0
Iraque	32	3		3	2	5	3	3	13
Libéria	7	3				1		3	0
Mali	14	1	2	6	1	1	1	2	0
Mauritânia	5	1	1		3				0
Níger	1			1					0
Nigéria	141	3	9	34	51	21	12	6	5
Quênia	88	1	1	5	5	5	5	6	60
Senegal	422	36	47	63	87	64	70	28	27
Serra Leoa	11	3		1		4	1	2	0
Somália	7		3	1	1	1	1		0
Sudão	40	18	10	2			3	1	6
Tanzânia	92			5	4	10	4	15	54
Togo	21		2	1	5	6	5		2
Uganda	34	1				4	6	3	20
Total	13335	1212	1380	1411	1783	1801	1660	1370	2718
					10617				

Fonte: Censos 2011, INE (in CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 46)

No entanto, nem todas estas mulheres foram submetidas a este procedimento. No Quadro 3, é possível observar a prevalência de MGF/C em Portugal, por naturalidade e grupo etário:

Quadro 3 - Prevalência de MGF/C em Portugal (N), a partir do recenseamento geral da população (2011) e dos dados da UNICEF, por naturalidade e grupo etário

País de origem	Idade									
	total 15-49	total 15+	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
Benim	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Burkina Faso	6	7	0	0	1	1	3	1	1	1
Camarões	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro-Africana (República)	12	20	0	1	2	2	3	2	2	9
Chade	2	5	0	0	0	0	0	0	0	2
Costa do Marfim	13	15	1	1	2	4	2	1	1	2
Egipto	34	55	1	6	8	8	3	4	5	20
Eritreia	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1
Etiópia	14	15	1	1	2	2	2	6	0	1
Gâmbia	27	29	2	2	3	9	7	4	1	2
Gana	3	3	0	0	0	1	0	1	0	0
Guiné	156	163	12	15	37	40	25	20	8	7
Guiné-Bissau	4747	5974	534	620	614	757	787	802	633	1227
Iémen	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Iraque	2	3	0	0	0	0	1	0	0	1
Libéria	5	5	1	0	0	0	1	0	3	0
Mali	12	12	1	2	5	1	1	1	2	0
Mauritânia	3	3	1	1	0	2	0	0	0	0
Niger	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigéria	40	42	1	2	9	15	7	4	2	2
Quênia	10	39	0	0	1	2	2	2	3	29
Senegal	104	111	9	11	16	22	19	19	8	8
Serra Leoa	10	10	2	0	1	0	4	1	2	0
Somália	7	7	0	3	1	1	1	1	0	0
Sudão	29	35	15	9	2	0	0	3	1	5
Tanzânia	8	20	0	0	1	1	2	1	3	12
Togo	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Uganda	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	5246	6576	580	674	707	867	869	873	676	1330

Fonte: CESNOVA, FCSH/UNL, projeto MGF/C (2015: 47)

O estudo já anteriormente mencionado (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015), divide ainda estes países em 5 grupos, desde o grupo de países conhecido por possuir uma prevalência muito elevada ao grupo de prevalência muito baixa. No quadro 4 podemos concluir que a grande maioria (94%) da prevalência de MGF/C em Portugal provém do grupo de países de prevalência moderadamente baixa (26%-50%).

Quadro 4 - Prevalência da MGF/C em Portugal (mulheres com 15 e mais anos) por tipologia de países de origem (N e %)

		Nº de mulheres	Total de mulheres por grupo de países	% de mulheres por grupo de países
prevalência muito elevada >80%	Egipto	55	283	4%
	Eritreia	2		
	Guiné	163		
	Mali	12		
	Serra Leoa	10		
	Somália	7		
	Sudão	35		
prevalência moderadamente elevada 51%-80%	Burkina Faso	7	59	1%
	Etiópia	15		
	Gâmbia	29		
	Libéria	5		
	Mauritânia	3		
prevalência moderadamente baixa 26%-50%	Chade	5	6185	94%
	Costa do Marfim	15		
	Guiné-Bissau	5974		
	Nigéria	42		
	Quênia	39		
	Senegal	111		
prevalência baixa 10%-25%	Benim	0	41	1%
	Centro-Africana (República)	20		
	Iémen	1		
	Tanzânia	20		
prevalência muito baixa <10%	Camarões	1	8	0%
	Gana	3		
	Iraque	3		
	Níger	0		
	Togo	1		
	Uganda	1		
Total		6576	6576	100%

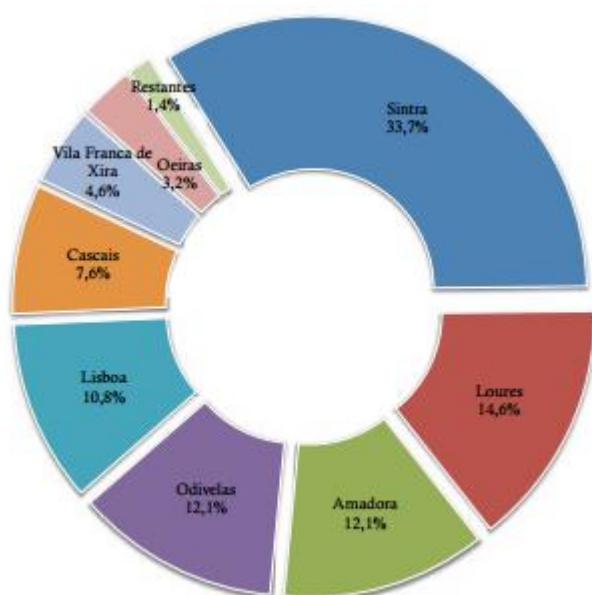
Fonte: UNICEF (2013); CESNOVA, FCSH/UNL, projeto MGF/C (2015)

A partir da informação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras é possível identificar quais as regiões e distritos com maior concentração de meninas, raparigas e mulheres que podem estar em risco de ser submetidas a esta prática, “tendo em conta a zona de residência da população imigrante oriunda de países com maior prevalência de MGF/C” (DGS, 2016: 2).²⁸

²⁸ Informação disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i010359.pdf> (consultado em julho de 2016)

É de acrescentar que Sintra e Loures são os municípios onde reside um maior número de mulheres naturais de países onde a MGF/C é frequente. Como podemos ver no gráfico 5 (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015:42), 33,7% destas mulheres que são residentes no distrito de Lisboa estão concentradas em Sintra, e 14,6% em Loures:

Gráfico 5 - Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito de Lisboa por município, 2011 (%)



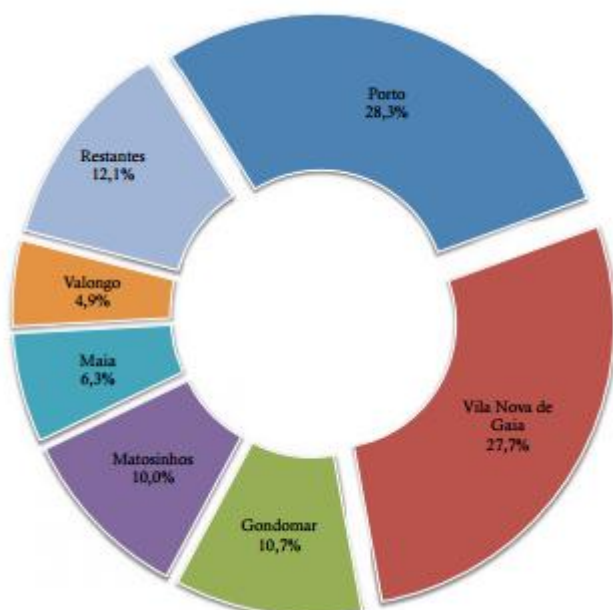
Quadro 5 - Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito de Lisboa por município, 2011

Município	N	Município	N
Sintra	3443	Alenquer	76
Loures	1488	Torres Vedras	26
Amadora	1237	Mafra	25
Odivelas	1232	Azambuja	5
Lisboa	1098	Lourinhã	6
Cascais	781	Sobral de Monte	4
Vila Franca de Xira	466	Arruda dos Vinhos	2
Oeiras	322	Cadaval	1
TOTAL		10212	

Fonte: Censos 2011, INE (in CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 42)

Por outro lado, comparativamente, podemos observar no Gráfico 6 e no Quadro 6 que é no distrito do Porto que o número de mulheres oriundas de países praticantes é o menor entre os quatro principais distritos (Lisboa, Setúbal, Faro e Porto), sendo que no Município do Porto residem apenas 127 mulheres naturais destes países (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 44):

Gráfico 6 - Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito do Porto por município, 2011 (%)



Quadro 6 - Mulheres naturais de países praticante residentes no distrito do Porto por município, 2011

Município	N	Município	N
Porto	127	Paredes	8
Vila Nova de Gaia	124	Santo Tirso	8
Gondomar	48	Vila do Conde	7
Matosinhos	45	Lousada	3
Maia	28	Paços de Ferreira	3
Valongo	22	Amarante	2
Penafiel	10	Felgueiras	2
Póvoa do Varzim	10	Marco de Canaveses	1
TOTAL			448

Fonte: Censos 2011, INE (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 44)

Para além disso, a DGS alerta para a necessidade de ter em atenção a hipótese de meninas que residem em Portugal serem submetidas a esta prática em período de férias escolares, já que muitas vezes vão de férias para os países de origem, onde são submetidas à MGF/C:

“Este facto deve ser considerado quando se pensa em população potencialmente em risco de ser submetida a mutilação genital feminina. Com o objetivo de conhecer qual a dimensão da situação em Portugal foram já realizados estudos de estimativa de meninas em risco de mutilação genital feminina na União Europeia (EIGE, 2015) e de avaliação de prevalências de MGF em Portugal relativamente às meninas, raparigas e mulheres vitimizadas ou em risco (FCSH-UNL, 2015). No âmbito dos sucessivos Programas Nacionais para a eliminação da mutilação genital feminina em Portugal, tem existido um investimento significativo na formação para Informação nº 002/2016 de 18/03/2016 2/8 profissionais de várias áreas no sentido de conhecer, dar resposta às situações encontradas e contribuir para a prevenção de novos casos” (DGS, 2016).

Também na área da saúde têm sido realizadas formações para profissionais de saúde, de modo a dar-lhes as ferramentas necessárias para o diagnóstico e registo dos dados observados – esse registo pode ser feito na Plataforma de Dados da Saúde (PDS), criada para registar dados do processo clínico de cada utente. Para além disso, foi ainda criado um “separador específico para o registo da situação de mutilação genital feminina”, de modo a começar a ser possível começar a conhecer melhor as características destas mulheres e desta prática nefasta.

“Os dados são extraídos de forma anonimizada para fins estatísticos e, por isso, é garantida a privacidade a cada mulher. Aspeto que se salienta por ser da maior relevância. Desde 2014 que existe um número crescente de registos na PDS e que, apesar de terem sido pontualmente divulgados ao longo do último ano, urge proceder à sua análise e publicação como instrumento de conhecimento, incentivando todos os que se empenham no trabalho diário com meninas, mulheres e famílias. O objetivo deste trabalho consiste na análise das características da totalidade dos casos registados de mutilação genital feminina na Plataforma de Dados da Saúde até dezembro de 2015” (DGS, 2016: 2).

Segundo a DGS (2016: 2,3), a PDS é uma plataforma web criada em 2012 pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), contando com 35.000 acessos diários. Esta plataforma “permite o registo e a partilha de informação entre as diversas instituições do Serviço Nacional de Saúde”. Como já foi dito anteriormente, desde 2013 existe um separador específico para os dados clínicos referentes à MGF/C, onde os profissionais de saúde podem registar dados como a

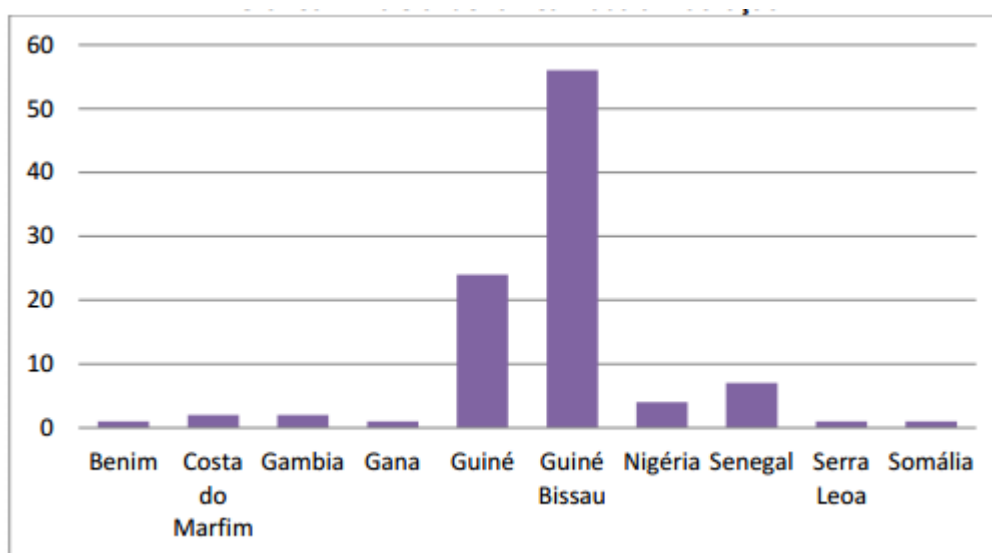
“idade atual, data de registo, instituição onde é introduzido o registo, tipo de mutilação (tipo 1; 2; 3; 4), idade e país em que foi realizada a mutilação, se foi realizada durante a estadia em Portugal (sim/não), âmbito em que a mulher foi observada (...), se foi dado conhecimento à utente do enquadramento legal (sim/não), se e quais as complicações associadas (uro-ginecológicas; sexuais; obstétricas; psicológicas)”,

tendo este inquérito sido realizado ao longo do ano 2012, numa parceria entre a Direção-Geral da saúde (Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil) e a SPMS (Equipa de Projeto da PDS).

Ainda de acordo com a DGS, entre abril de 2014 e dezembro de 2015, foram registados 99 casos de MGF, sendo que todos estes casos foram registados por unidades de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, o que pode ser explicado pela maior “concentração de mulheres migrantes oriundas de países onde se pratica a MGF mas também, como já foi referido, pela realização de diversas ações de formação e de sensibilização destinadas a profissionais nessa mesma região” (DGS, 2016: 6).

“A média de idades atual destas mulheres é de 30,4 anos, variando entre os 16 e os 62 anos. No gráfico [7] pode observar-se a distribuição pelos países mais frequentemente referidos como local onde se pratica a mutilação. Existe uma predominância de casos realizados na Guiné-Bissau e Guiné Conacri.”

Gráfico 7 - País onde foi realizada a mutilação



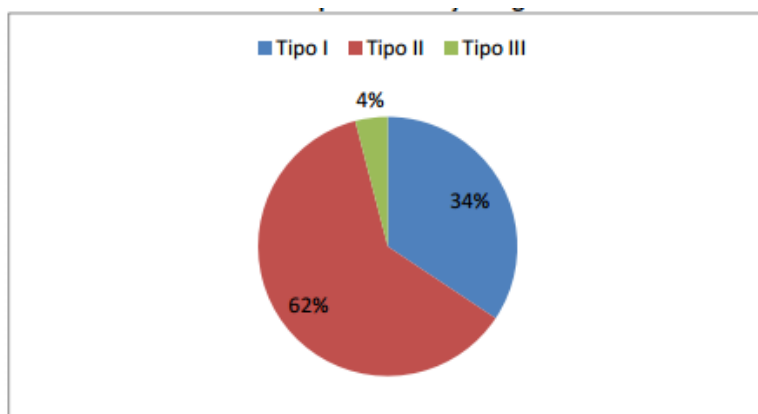
Fonte: PDS/2015 (in DGS, 2016: 3)

Quadro 7 – Tipo de corte (2015)

	Frequência	%
Tipo I	13	30,2
Tipo II	28	65,1
Tipo III	2	4,7
Total	43	100

Fonte: CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 129

Gráfico 8 – Tipo de mutilação registada (2016)

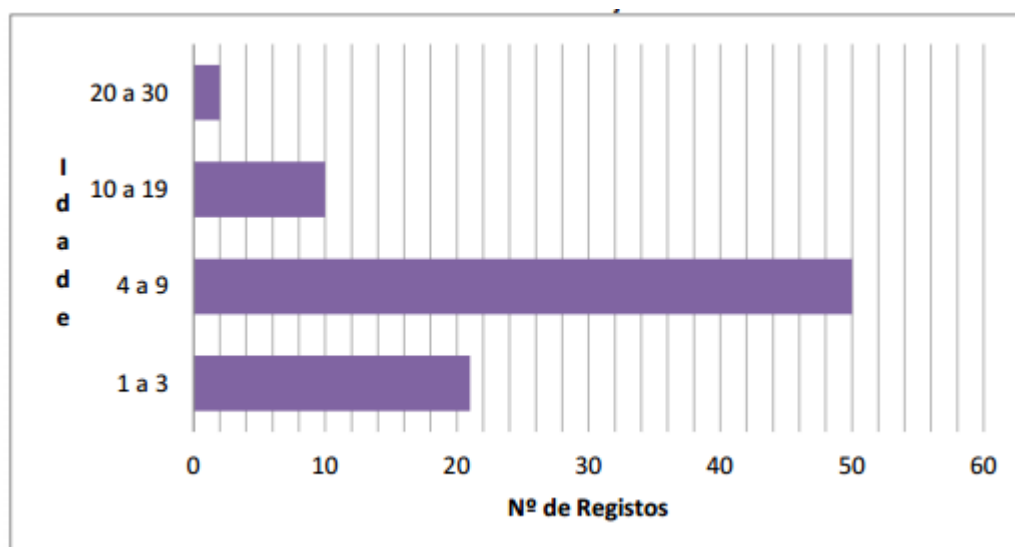


Fonte: PDS/2015 (in DGS, 2016: 4)

Quanto ao tipo de corte, em 2015 a maioria dos casos registados (65,1%) apontavam para o tipo II (excisão), seguido do tipo I (clitoridectomia), com 30,2%. O tipo III (infibulação) foi registado apenas duas vezes (4,7%) o que, segundo o estudo, “pode ser explicado pelo facto de Portugal não ser destino preferencial de mulheres migrantes provenientes de países onde este tipo é mais relevante”. Quanto ao tipo IV, não é mencionado nesta parte do estudo que analisa os dados da PDS.

No entanto, segundo dados de 2016 (DGS, 2016: 4), estes números sofreram pequenas alterações, sendo que o tipo II continua a ser o mais registado (62%), seguido do tipo I (23%) e, por último, o tipo III (4%), com pouca relevância (gráfico 8).

Gráfico 9 – Idade de realização da mutilação



Fonte: PDS/2015 (in DGS, 2016: 4)

De acordo com as estatísticas da PDS e através destes gráficos, podemos concluir que a maioria dos casos em que a MGF/C é praticada no país de origem, acontece em meninas/mulheres oriundas especialmente da Guiné-Bissau e da Guiné (Conacri) (ver gráfico 7). No gráfico 9 vemos que a maioria destas 99 meninas foi submetida a esta prática entre os 4 e os 9 anos. Por outro lado, os dados referentes a este gráfico podem não ser totalmente precisos, já que podem ser afetados negativamente pela falha de memória ou confusão a nível temporal. A DGS alerta também para a possibilidade desta falha de memória poder constituir um sintoma pós-traumático. Por essa razão, em julho de 2015 foi criado um novo campo de preenchimento, designado de “desconhecido”.

A DGS afirma ainda que “de acordo com os registos todas estas práticas foram realizadas fora do País e nenhuma durante a estadia da família em Portugal”. No entanto, sabemos que não podemos confiar plenamente nestes dados, visto que a realização da MGF/C em Portugal é proibida, levando a que as utentes tenham receio de serem honestas em relação ao país onde foram cortadas, mesmo sabendo que estão protegidas por confidencialidade médica.

O documento da DGS acrescenta que foi ainda introduzido um novo módulo, “denominado ‘Enquadramento legal’, [onde se] pretende que seja dado conhecimento à utente sobre os aspetos legais em vigor em Portugal. Pretende-se, fundamentalmente: dar a conhecer à mulher os seus próprios direitos; ser orientador para o profissional; ter carácter educativo e preventivo, pois a própria mulher informada será capaz de transmitir na comunidade quais as implicações desta prática”. (DGS, 2016)

De acordo com o relatório da CESNOVA/CICS.NOVA (2015), em janeiro do ano passado existiam apenas 43 casos detetados de MGF/C, sendo que a maioria deles (41.9%) foi registada no Centro Hospital de Lisboa Central, como é possível observar no Quadro 10:

Quadro 8 - Estatísticas descritivas da idade das mulheres sinalizadas

Idade	
Mínimo	15
Máximo	61
Média	30,4
Desvio-padrão	9,2
Percentil 25	25
Mediana	29
Percentil 75	34

Fonte: CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 127

Para além da área geográfica em território português em que estes casos foram registados, este estudo menciona também as idades das meninas/mulheres na altura em que o caso foi registado e as suas idades aquando da MGF/C, país de origem, tipo de corte identificado e as complicações resultantes da prática.

Relativamente às idades em que o caso foi registado na PDS, a mais nova tinha, em 2015, 15 anos e a mais velha 61, sendo que “a idade mediana são 29 anos e metade destas mulheres têm idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos”. Em relação à idade em que foram submetidas à MGF/C, metade das mulheres diz ter sido cortada antes dos 5 anos (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015).

No que diz respeito ao país de origem, 55,8% dos casos são referentes a meninas/mulheres oriundas da Guiné-Bissau, enquanto que o Benim, a Serra Leoa e a Somália são os países menos registados, com apenas um caso (2,3%) cada um. Para além disso, o relatório refere ainda que os quatro países mais registados (Guiné-Bissau, Guiné, Senegal e Nigéria) “são aqueles de onde provém a maior parte das mulheres migrantes em Portugal (relativamente aos países onde a MGF/C é praticada)” (CESNOVA/CICS.NOVA, 2015).

Quadro 9 - País de origem das mulheres sinalizadas

	Frequência	%
Benim	1	2,3
Guiné	8	18,6
Guiné-Bissau	24	55,8
Nigéria	3	7,0
Senegal	5	11,6
Serra Leoa	1	2,3
Somália	1	2,3
Total	43	100

Fonte: CESNOVA/CICS.NOVA, 2015: 127

É também referido que todas estas mulheres dizem ter sido submetidas à MGF/C fora de Portugal. Contudo, importa realçar que tal pode não corresponder à verdade, dado que estas comunidades têm conhecimento da ilegalidade da realização da prática em Portugal, e é possível que não respondam corretamente à pergunta, por receio das consequências legais.

No que toca às consequências registadas na PDS, são apresentadas variadas complicações, tanto a nível psicológico, e de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, foram registados apenas 15 casos com consequências.

Quadro 10 - Complicações

	Frequência	%
Obstétrica; Psicológicas	2	4,7
Obstétrica; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Psicológicas	3	7
Psicológicas; Resposta Sexual	2	4,7
Psicológicas; Resposta Sexual; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Psicológicas; Uro-Ginecológicas	1	2,3
Resposta Sexual	3	7
Uro-Ginecológicas	2	4,7
NR	28	65,1
Total	43	100

Fonte: CESNOVA/CICS.NOVA, 2015:130

Porém, é preciso notar que os dados sobre esta prática nunca são completamente fiéis. O Dr. António Carlos, presidente da direção da Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e Saúde (AJPAS), alerta para o facto de estes dados não corresponderem à realidade, já que não tem existido um hábito de registo detalhado pela parte dos profissionais de saúde. Apesar disso, afirma que o número de casos tem aumentado na base de dados da PDS. No entanto, não é possível detetar se tal tem acontecido devido à mudança de comportamento dos profissionais de saúde em relação a esse registo ou se o número de raparigas e mulheres submetidas à MGF/C tem realmente aumentado.

Por outro lado, sabe-se ainda que as comunidades que se encontram mais informadas sobre as consequências negativas da MGF/C na saúde, têm tendência para diminuir a sua prática nas gerações futuras (Vicente, in APF, 2008: 86).

3.2 Instituições públicas e privadas que lidam com o problema

Em Portugal são várias as instituições que lidam com esta problemática. Entre estas, encontram-se, a nível de serviço público, a Direção-Geral da Saúde (DGS) e no setor privado Organizações Não-Governamentais como a UMAR, a SexED, a Médicos do Mundo (MdM), ou a OIKOS.

Após a identificação destas instituições, decidi efetuar um inquérito com 4 questões abertas com o objetivo de aferir o trabalho efetivo junto das comunidades potencialmente mais afetadas por este problema (ver anexo 1).

→ Direção-Geral da Saúde

De acordo com a Dr^a Elsa Mota da Direção-Geral da Saúde (DGS), a MGF/C mantém-se em Portugal, devido a um

“conjunto de valores, crenças e rituais que as comunidades trazem [para Portugal] desde os países de origem; por uma questão de pertença a um grupo, de

identidade, de não fragmentação. Como uma forma de exercer poder sobre as mulheres, oprimindo-as, tornando-as submissas”.

A DGS integra o grupo de trabalho intersectorial sobre a MGF/C, constituído em 2007, “participando ativamente nas medidas propostas pelos outros elementos/setores, nomeadamente na sensibilização e formação de profissionais”, tendo vindo a realizar ações de sensibilização e formação dos(as) profissionais de saúde, especialmente em zonas com maior concentração de população potencialmente em risco:

“No sentido da transmissão de informação e de formação foi publicada e divulgada a Orientação para Profissionais de Saúde sobre Mutilação Genital Feminina n.º 005/2012, 06/02/2012, que consiste num conjunto de orientações à prática dos(as) profissionais de saúde sobre esta matéria, inclusive sobre os procedimentos a tomar no que respeita à referenciação dos casos, bem como à aplicação de planos de intervenção e apoio às famílias; Foi ainda publicada e divulgada a informação sobre Mutilação Genital Feminina. Análise dos casos registados em 2014 e 2015 na PDS; Também o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco contém informação sobre o tema.”

Também na Plataforma de Dados da Saúde (PDS), foi criado um campo específico para que os profissionais de saúde possam fazer o registo de casos de MGF/C, de modo a que seja possível conhecer melhor esta prática. Neste sentido, a DGS tem participado também nos diversos estudos que se têm desenvolvido no país e na Europa e continua a defender a importância destes profissionais na luta contra esta prática, já que lhes pertence o papel da

“deteção de casos e sensibilização para que outras meninas/mulheres não venham a ser mutiladas - Tanto no âmbito de consultas dos cuidados de saúde primários (Medicina Geral e Familiar, Planeamento Familiar, Saúde Materna e Saúde Infantil), como Hospitalares (Gravidez, parto e puerpério)”. Também porque são os profissionais de saúde que “observam e registam os casos de MGF alertam a sociedade em geral para a existência dessas situações. Promovendo o conhecimento sobre o fenómeno. Ao nível de projetos de intervenção na comunidade, e de saúde escolar, sensibilizando a população em geral e a escolar para a temática, nomeadamente o enquadramento legal, os riscos para a saúde e a prevenção”.

→ União de Mulheres Alternativa e Resposta

A nível do setor privado, e como foi referido anteriormente, também a UMAR possui um papel fundamental na erradicação da MGF/C em Portugal. De acordo com Catarina Moreira, a UMAR considera a MGF/C uma violação dos Direitos Humanos e uma forma de violência de género exercida contra meninas e mulheres. Nesse sentido, tem procurado dar visibilidade ao tema da MGF/C, através de organização de atividades há quase duas décadas:

“Por exemplo, em 2002, a UMAR organizou aquela que foi, pensa-se, a primeira iniciativa pública da sociedade civil sobre o tema em Portugal. Esta iniciativa decorreu na Assembleia da República, na Casa Amarela, e teve como oradoras representantes da ONG guineense, Sinin Mira Nassiquê, na altura a desenvolver o projeto do fanado alternativo na Guiné-Bissau. Desde 2008, e até à data, a UMAR integra o grupo de trabalho responsável pela elaboração e implementação dos Programas de Ação para a Eliminação da MGF/C (atualmente, e até 2017, encontra-se em curso o III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina)”, segundo Catarina Moreira, uma representante da organização.

Desde 2009, esta associação tem vindo a executar algumas medidas (sobretudo ao nível da sensibilização e prevenção) contempladas nos sucessivos programas de ação tanto a nível individual como em conjunto com outras entidades. Em 2013, a UMAR iniciou o projeto “ISI - Informar e Sensibilizar para a Intervenção contra a Violência de Género” (nº 086784/2012/973), financiado pela CIG/POPH/QREN/FSE (projeto de intervenção contra a violência doméstica, o tráfico de seres humanos e a MGF/C).

“Este projecto teve como principais protagonistas: discentes (secundário) e ex-utilizadoras das casas de abrigo geridas pela UMAR. Relativamente à temática concreta da MGF/C, a UMAR dinamizou várias ações de (in)formação sobre a temática da MGF/C, para os públicos acima elencados, e situou a sua intervenção, em meio escolar, na escola secundária da Baixa da Banheira (Moita)”.

A UMAR participou também no já mencionado relatório *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua*

eliminação, coordenado pelo CESNOVA/CICS.NOVA - FCSH/UNL, cujos resultados foram divulgados em 2015.

Segundo Catarina Moreira, em 2015 deu-se ainda início ao projeto “IÁ-IÁ - Informar – Agir – Investir – Alterar” (em implementação até ao dia 31.07.2016), especialmente implementado em Setúbal (com maior incidência em Almada e Seixal) e financiado pela Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade e pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG).

“Com este projeto a UMAR tem vindo a implementar inúmeras medidas do III Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina 2014-2017, nomeadamente na Área Estratégica 3 — Formar. O projeto tem realizado várias ações de formação para, por exemplo, educadoras de infância/docentes, assistentes operacionais (pessoal não docente), comissários/as da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), polícias, profissionais de saúde e técnicas/os de Núcleos Locais de Inserção”.

Esta organização organizou também em 2016 o 1º Encontro Regional para a Intervenção Integrada pelo Fim da MGF, na Escola Intercultural das Profissões e do Desporto (Amadora). Este encontro foi realizado em conjunto com a Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS) e a Câmara Municipal da Amadora, no âmbito de uma parceria alargada que contou com várias entidades, como a APF, Associação dos Filhos e Amigos de Farim, Associação Solidarietà Imigrante, GTO LX – Grupo de Teatro do Oprimido de Lisboa, Câmara Municipal de Cascais, Câmara Municipal de Lisboa, Câmara Municipal do Seixal, P&D Factor).

Quanto às razões da persistência da MGF/C em algumas comunidades em Portugal, a UMAR considera que é difícil afirmar que os motivos que a fundamentam são exatamente os mesmos em todas as comunidades, já que esta prática se encontra espalhada por “mais de 50 países, em todo o mundo, em vários continentes”. No entanto, é possível apontar algumas razões:

“[as razões] prendem-se fundamentalmente com a tradição e com o controlo da sexualidade das mulheres. Falamos de uma prática ancestral que dá identidade a

determinado grupo/comunidade e que dá identidade àquela menina/rapariga/mulher em concreto, que permite a sua integração/aceitação no seio da sua comunidade. Quem não for submetida à prática, é considerada suja, fica posta de parte, excluída, não é considerada uma boa menina/rapariga/mulher. Assim, quando as famílias levam a menina/rapariga para ser submetida acreditam que estão a fazer o melhor para ela, é uma forma de proteção. Estando muitas tradições ligadas/suportadas por questões mágicas/sagradas o seu abandono é muito difícil. Apesar de tudo isto há esperança que esta prática seja abandonada em uma, duas gerações. Por exemplo, no estudo coordenado pelo CESNOVA/CICS.NOVA - FCSH/UNL as/os autoras/es entendem que, em face dos dados recolhidos sobretudo através das entrevistas, a migração parece ter um efeito positivo no abandono desta prática, pois possibilita o contacto com outras práticas culturais e um maior acesso a informação e a recursos educacionais”.

Esta representante acrescenta que as/os profissionais de saúde têm um papel muito importante na prevenção e eliminação da MGF/C.

“De entre os fundamentos que explicam e perpetuam a prática da MGF/C existem alguns relacionados com a saúde (ajuda a rapariga/mulher a manter uma boa saúde; facilita o parto e previne a morte da criança recém-nascida ou de vir a sofrer de doenças mentais, etc.). Assim, no trabalho directo com as comunidades ditas “praticantes” é mais fácil começar por desconstruir/rebater estes argumentos (do que outros relacionados, por exemplo, com a religião), pois é facilmente comprovado que a MGF/C acarreta consequências nefastas para a saúde. Por se assumir a importância que as/os profissionais de saúde podem desempenhar na eliminação da MGF/C tem havido, em Portugal, um grande investimento em matéria de ações de formação”.

Ou seja, em Portugal foram já oferecidos os seguintes cursos, totalmente gratuitos: I e II Curso de Pós-Graduação de Aperfeiçoamento em Saúde da Mulher - A Mutilação Genital Feminina (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa); I Curso de Pós-Graduação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal). Estas ações de formação permitem que os profissionais possam identificar, no âmbito da prática clínica (na consulta, internamento, etc.), um caso de MGF/C, contribuindo para a prevenção de

novas situações, numa lógica de intervenção integrada e em rede com outros profissionais e entidades.

Em relação ao número de casos identificados em Portugal, ao longo dos anos a UMAR tem tido conhecimento de mulheres que foram submetidas a esta prática “algumas delas ativistas pela eliminação da MGF/C”, graças ao seu

“ativismo feminista, da realização de ações de (in)formação sobre esta temática e da frequência de ações realizadas por outras entidades. Porém, a UMAR nunca identificou formalmente/sinalizou/denunciou às autoridades policiais nenhuma situação. Na sua maioria, as mulheres (com quem a UMAR tem privado) são de nacionalidade guineense (Guiné-Bissau), ou sendo portuguesas a sua família tem ligações à Guiné-Bissau. Terão sido submetidas à prática sobretudo entre os 5-9 anos, embora também já houve uma mulher que relatou ter sido submetida aos 15 anos. Em relação ao tipo de corte, e assumindo a tipologia da OMS, estas mulheres foram submetidas ao tipo I ou II”.

→ SexED

Em Lisboa, alguns estudantes de Medicina da Universidade de Lisboa criaram a organização de Educação Sexual, que de momento realiza essencialmente sessões em meio escolar. Por essa razão, o foco principal da SexED não é a Mutilação Genital Feminina/ Corte, apesar de a referirem e fomentarem a sua visibilidade e discussão, como refere Rui Carvalho, coordenador desta associação.

Esta associação organiza sessões, de modo a informar os mais jovens e a dar visibilidade a determinados temas, como é o caso da MGF/C, que acreditam ser uma prática que se mantém em Portugal devido à “tradição cultural de fundamento não necessariamente religioso”.

Também esta associação considera que os profissionais de saúde têm um papel importante na eliminação da MGF/C:

“a nível de prática médica, existe um modo de registo dos casos detectados de MGF/C a nível da Plataforma Dados de Saúde (PDS); que nos parece subutilizada

- acho que apenas uma percentagem de casos detectados a nível de consultas de Médico de Família ou de Ginecologia/Obstetrícia são reportados; e muitos casos não são sequer detectados. Isto pode dever-se a um défice de formação para esta área (pouco ou nada mencionada a nível formativo nas Faculdades de Medicina; com pouco ênfase para o Exame objectivo necessário para o seu reconhecimento) e pouca divulgação do Método de registo da PDS”.

→ Médicos do Mundo e OIKOS – Cooperação e Desenvolvimento

Por outro lado, existem outras associações que, apesar de não lidarem com esta prática diretamente, se preocupam com a defesa dos Direitos Humanos, como é o caso da Médicos do Mundo Portugal (MdM) e a OIKOS:

“A Médicos do Mundo Portugal nunca teve nenhuma acção directa voltada para as vítimas da MGF. Candidatou-se agora a um projecto nesta área que aguarda decisão. Contudo tendo trabalhado na Guiné Bissau com populações em que existe esta prática nefasta a situação foi abordada numa perspectiva de defesa dos Direitos Humanos, que são a base sobre a qual assentam todas as acções da nossa organização”.

O Dr. Fernando Vasco, vice-presidente da MdM, aponta também como razões para a manutenção da prática os fatores culturais e religiosos, apesar de considerar que existem outros.

“Com certeza que [os profissionais de saúde] têm [um papel da eliminação da MGF/C]. Mas, tal como noutras situações raras e com profundas raízes culturais: Primeiro necessitam de pensar que a situação existe face a determinados contextos e ii) precisam de saber como abordar esta questão”.

Como já foi referido, a OIKOS não se encontra diretamente ligada a países onde a prática da MGF/C é recorrente, por isso o papel que tem nesta questão é muito

reduzido, de acordo com José Luís Monteiro, Project Officer desta associação. Podem denunciar casos que cheguem ao conhecimento da OIKOS e sensibilizar para o problema, mas não é um tema sobre o qual costumem trabalhar, apesar de considerarem que “é um problema de direitos humanos a nível global e que ainda existe muito trabalho até abolir esta prática”. No entanto, a associação considera que esta prática persiste em algumas comunidades em Portugal por “falta de conhecimento, interpretação incorreta de alguns textos religiosos e ‘apego’ à tradição”. Contudo, acrescenta que estas três razões são “internas” às comunidades e que a

“ausência de discussão, visibilidade e ‘criminalização’ dos casos detetados são pontos em que a responsabilidade está do lado da sociedade portuguesa e que ajudam a viabilizar a continuação da prática. Por um lado os organismos estatais deveriam ter diretrizes sobre como lidar com o problema (denúncia, responsabilização criminal, etc.), por outro lado a sociedade civil poderia também chamar mais atenção para o problema”.

A OIKOS defende ainda a importância dos profissionais de saúde na luta pela eliminação da MGF/C:

“Os profissionais de saúde devem sensibilizar para a questão e denunciar todos os casos detetados para procedimento judicial (se os profissionais de saúde são obrigados a denunciar potenciais situações de maus tratos sobre crianças, também devem ser obrigados a denunciar estas situações)”.

No entanto, esta associação não conseguiu responder à última questão por não concentrar o seu trabalho neste tema – ou seja, não tem conhecimentos de casos específicos (“se tivesse denunciaria, caso tivesse suspeitas de que a agressão tivesse sido realizada em solo nacional”).

→ Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG)

Segundo a Dr^a Carla Falua (Polícia Judiciária) e a Dr^a Lisa Vicente (Maternidade Alfredo da Costa), foram coordenados pela CIG três Programas de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina no plano nacional: o I Programa (2007 –

2010), II Programa (2011 – 2013) e o III Programa (2014 – 2017), sendo que este último se encontra integrado no V Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (PNPCVDG).²⁹

O I Programa de Ação contribuiu para dar a conhecer melhor esta prática junto de vários agentes estratégicos para a prevenção e combate à MGF/C, e concorreu para pôr o tema na agenda pública e para fomentar o debate sobre este tema a nível nacional, europeu e nos países lusófonos.

O II Programa teve como objetivos sensibilizar as comunidades para as consequências da MGF/C; informar e formar os(as) profissionais de saúde (foi também criado, no âmbito da Plataforma de Dados da Saúde, um campo específico para registo de casos de MGF/C), especialmente em áreas com maior concentração de população em risco; e ativar a dimensão criminal da MGF/C no programa de ação, com o envolvimento da magistratura e dos órgãos de polícia criminal (foi elaborado um Guia de Procedimentos para Órgãos de Polícia Criminal). Este Programa veio então impulsionar medidas, implicando mais diretamente os sectores da saúde, da administração interna e da justiça.

Por último, o III Programa prevê um reforço de algumas medidas, como a formação e a capacitação de profissionais que podem ter contacto com a da MGF/C, tendo -se introduzido no presente Programa novos intervenientes e grupos-alvo de formação, como os(as) técnicos(as) da CPCJ e o pessoal não docente dos estabelecimentos de ensino.

“Prevê-se também a criação de uma bolsa de formadores(as) acreditados(as) na área de igualdade de género, munidos(as) de conhecimentos e instrumentos necessários à exploração deste tema na sua atividade, bem como a criação de um grupo multidisciplinar específico para replicação da formação, na sequência das ações desenvolvidas junto de profissionais de saúde”.³⁰

²⁹ Informação disponível em:

[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20(1).pdf)
(consultado em junho de 2016)

³⁰ Informação disponível em:

[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20(1).pdf)
(consultado em junho de 2016)

Podemos assim concluir que estes programas de ação têm vindo a evoluir em termos de objetivos, atores e grupos alvo, aperfeiçoando e melhorando o combate a esta prática em Portugal.

3.3 Criminalização da prática

Em Portugal, a prática de MGF/C constitui uma violação da integridade física. Três iniciativas legislativas (2014) do Bloco de Esquerda (BE), Partido do Centro Democrático Social – Partido Popular (CDS-PP) e Partido Social Democrata (PSD), (n.º 504/ XII, 515/XII e 517/ XII, respetivamente), culminariam na aprovação da Lei (que alterou o Código Penal). Hoje encontra-se prevista e punida no artigo 144.º, eventualmente qualificada no artigo 145.º e agravada no artigo 147.º, todos do Código Penal Português (lei n.º 83/2015, de 5 de agosto):

Artigo 143.º Ofensa à integridade física simples

1 - Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

2 - O procedimento criminal depende de queixa, salvo quando a ofensa seja cometida contra agentes das forças e serviços de segurança, no exercício das suas funções ou por causa delas.

...

Artigo 144.º Ofensa à integridade física grave

Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

- a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente;
- b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem;
- c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou
- d) Provocar-lhe perigo para a vida;

é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

Artigo 144.º A Mutilação genital feminina

1 - Quem mutilar genitalmente, total ou parcialmente, pessoa do sexo feminino através de clitoridectomia, de infibulação, de excisão ou de qualquer outra prática lesiva do aparelho genital feminino por razões não médicas é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

2 - Os atos preparatórios do crime previsto no número anterior são punidos com pena de prisão até 3 anos.

Artigo 145.º Ofensa à integridade física qualificada

1 - Se as ofensas à integridade física forem produzidas em circunstâncias que revelem especial censurabilidade ou perversidade do agente, este é punido:

...

b) Com pena de prisão de três a doze anos no caso do artigo 144.º.

2 - São suscetíveis de revelar a especial censurabilidade ou perversidade do agente, entre outras, as circunstâncias previstas no n.º 2 do artigo 132.º.

Artigo 147.º Agravação pelo resultado

1 - Se das ofensas previstas nos artigos 143.º a 146.º resultar a morte da vítima, o agente é punido com a pena aplicável ao crime respetivo agravada de um terço nos seus limites mínimo e máximo.

De acordo com um documento publicado pela Escola de Polícia Judiciária (EPJ, 2012), será aplicado o direito penal português, ainda que o procedimento ocorra fora do território nacional, “nos termos dos artigos 4.º, 5.º, especificamente alíneas b), d) e e), e 6.º, todos do Código Penal, tendo em consideração a sua habitual característica de transnacionalidade.” É, por regra, considerado um crime público, pelo que não é necessária uma apresentação de queixa

“bastando o mero conhecimento para legitimar qualquer ação de prevenção ou investigação. Não deve ser considerado relevante o eventual consentimento da vítima, nos termos do artigo 149.º do Código Penal, em mulheres e raparigas

maiores de 16 anos de idade, atenta a amplitude da ofensa, de caráter grave e irreversível, e a vítima se encontrar pressionada socialmente” (EPJ, 2012).

A MGF/C pode também encontrar-se enquadrada na Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, que “estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e respetivos estatutos”.

Segundo a Dr^a Carla Falua (Polícia Judiciária) e Dr^a Lisa Vicente (Maternidade Alfredo da Costa), sendo este um crime público, não é necessária a apresentação de queixa, bastando o mero conhecimento para legitimar qualquer ação de prevenção ou investigação. Para além disso, “não deve ser considerado relevante o eventual consentimento da vítima, nos termos do artigo 149.º do Código Penal, em mulheres e raparigas maiores de qualquer idade, atenta a amplitude da ofensa, de caráter grave e irreversível, e a vítima se encontrar pressionada socialmente.”³¹

De acordo com as mesmas, cabe à Guarda Nacional Republicana (GNR) ou à Polícia de Segurança Pública (PSP) a investigação criminal, exceto se o crime resultar na morte da vítima, sendo então da competência da Polícia Judiciária.

A Dr^a Carla Falua (PJ), acrescenta ainda que não existem casos julgados nos Tribunais, “muito devido à legislação existente até ao ano passado, que levava à prescrição do procedimento criminal.” No entanto, acrescenta que alguns casos foram já investigados pela PSP mas “arquivados no final atendendo às referidas questões jurídicas”.

Existe quem admita que a prática se realiza em Portugal. Segundo a jornalista Sofia Branco (2002), o presidente da Associação Guineense de Solidariedade Social, Fernando Ká, afirma conhecer casos em Portugal, mas em pequeno número, apesar de ser mais frequente do que levar as meninas/raparigas ao país de origem durante as férias, por ser uma opção mais cara.

“Virgínia, uma enfermeira que há muito combate a MGF na Guiné, mais conhecida como "tia Bitcho", adiantou ainda que os guineenses muçulmanos a residir em Portugal que tenham posses "mandam buscar" uma fanateca no país de origem, pagando-lhe as despesas para vir a Lisboa” (Branco, 2002).

³¹ Informação disponível em:
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Palestra%20MGF%20INMLCF%20jun2016%20(1).pdf)
(consultado em agosto de 2016)

No entanto, numa entrevista à Amnistia Internacional (AI)³², Branco refere que este é um ritual de iniciação, e que as famílias preferem realizá-lo em “chão sagrado”, ou seja, no país de origem, sendo “frequente”. E que

“ainda que haja casos realizados em Portugal, serão muito poucos, um, três, quatro. Os guineenses que vivem em Portugal vão sempre de férias à Guiné-Bissau e aproveitam esse período para o fazerem”. Branco defende, por essa razão, que Portugal deve ter em atenção as fronteiras. Nesse sentido, no Verão de 2016 foi lançada uma campanha intitulada “O direito a viver sem Mutilação Genital Feminina”, que atuou nos aeroportos de Lisboa, Porto, Faro, em Portugal, e de Bissau, na Guiné-Bissau, numa “iniciativa conjunta do Governo português e de vários parceiros da sociedade civil, portugueses e guineenses”.³³

Sabe-se, porém, que a criminalização da MGF/C nem sempre pode corresponder a uma diminuição de casos, já que estas comunidades continuam a praticá-la clandestina e ilegalmente. Nestes casos, é possível que haja um aumento de consequências negativas já que, se a rapariga/mulher necessitar de cuidados médicos, a família sentirá mais receio de a levar a um centro hospitalar.

³² Informação disponível em: http://www.amnistia-internacional.pt/files/Entrevista_SofiaBranco.pdf (consultado em agosto de 2016)

³³ Informação disponível em: <http://www.instituto-camoes.pt/cooperacao/campanha-em-aeroportos-portugueses-e-da-guine-bissau-o-direito-a-viver-sem-mgf> (consultado em agosto de 2016)

Considerações Finais

A Mutilação Genital Feminina/ Corte consiste na remoção dos genitais femininos sem qualquer razão ou benefício para a saúde. É uma tradição que está enraizada em bastantes comunidades há muitos séculos, envolta em mitos e crenças sem fundamento científico, implicando a questão do corpo e da sexualidade, pelo que é ainda um tema considerado tabu, especialmente em relação a elementos exteriores à comunidade. Por esta razão, o seu estudo é dificultado, especialmente a nível de dados estatísticos. Para além disso, já muitos países criminalizaram a prática, como é o caso de Portugal, sendo um fator inibidor da colaboração dos membros dessas comunidades.

No entanto, em resposta à pergunta de partida lançada no início desta pesquisa, e tendo em consideração que o estudo da MGF/C em Portugal ainda é bastante recente e que os dados existentes em estudos e na PDS não correspondem completamente à realidade, conclui-se que não existem informações suficientes para uma análise da mesma ao longo dos anos em território português. No entanto, sabe-se que as comunidades que se encontram mais informadas sobre as consequências negativas da MGF/C na saúde, têm tendência para diminuir a sua prática nas próximas gerações, ou seja, de acordo com a perspetiva de alguns especialistas, através de campanhas de sensibilização junto destas comunidades e de informação disponibilizada pelos profissionais de saúde durante as consultas, é possível que haja uma alteração na prevalência desta prática.

Sabe-se ainda que a prática tem sofrido alterações ao longo do tempo em determinados países, como é o caso do Egito em que o recurso à medicalização é bastante usado, na tentativa de dar uma continuação à tradição e de, ao mesmo tempo, poder minimizar os riscos a curto-prazo.

Torna-se então essencial olhar para esta problemática de um ponto de vista dos Direitos Humanos, tentando evitar um discurso que se aproxime do imperialismo cultural, ou seja, deve olhar-se para a questão de uma forma humana e não relativista.

É também fundamental que exista um diálogo intercultural, onde a cooperação, o envolvimento comunitário e a sensibilidade cultural tenham o papel principal, de uma forma que as comunidades não sintam que estão a perder a sua identidade cultural através da erradicação de uma tradição da comunidade, imposta por outra cultura.

Bibliografia

Amnesty International (1997): *What is Female Genital Mutilation?* AI Index: ACT 77/08/97, London

Associação para o Planeamento da Família [APF] (2007): *Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos*. APF, Lisboa

Associação para o Planeamento da Família [APF] (2009): *Eliminação da Mutilação Genital Feminina* – Declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa

Bagnol, B., & Mariano, E. (2012): *Gender, sexuality and vaginal practices*. DAA, FLCS, UEM.

Behrendt, A. (2005): *Female genital cutting in Moyamba and Bombali Districts of Sierra Leone: Perceptions, attitudes and practice*. Plan International, Dakar

Behrendt, A. (2011): *Listening to African Voices Female Genital Mutilation/Cutting among Immigrants in Hamburg: Knowledge, Attitudes and Practice*. Plan International Deutschland e.V, Hamburg

Bobbio, N. (2004): *A Era dos Direitos*, Tradução de Carlos Nelson Coutinho, Elsevier Editora, 7ª edição, Rio de Janeiro

Borges, M. (2006): *Educação e género: assimetrias e discriminação na escolarização feminina em Bissau* in *A Mulher em África: Vozes de uma margem sempre presente*. Org. Inocência Mata, Laura Cavalcante Padilha Edições Colibri/ Centro de Estudos Africanos – FLUL, Lisboa

Branco, S. (2006): *Cicatrizes de mulher*. Público, Lisboa

Cabrita, I. (2011): *Direitos Humanos: um conceito em movimento*. Coimbra: Edições Almedina, Coimbra

CESNOVA/CICS.NOVA (2015): *Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação*. FCSH-UNL, Lisboa

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) (2014): *Mutilação Genital Feminina - Manual de procedimentos para Comissões de Proteção de Crianças e Jovens*, Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, Lisboa

Cunha, M. I. (2013): *Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos*: em *Análise Social*, 209, XLVIII (4º), 2013, 834-856 - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa

Darby, R. and Svoboda, J. S. (2007): *A Rose by Any Other Name? Rethinking the Similarities and Differences between Male and Female Genital Cutting*. *MEDICAL ANTHROPOLOGY QUARTERLY*, Vol. 21, Issue 3, pp. 301–323, California

Direção-Geral da Saúde (2016): *Mutilação Genital Feminina. Análise dos casos registados em 2014 e 2015* (Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i010359.pdf>, consultado em abril de 2016)

Escola de Polícia Judiciária (EPJ) (2012): *Mutilação Genital Feminina – Guia de Procedimentos para Órgãos de Polícia Criminal*. Barro, Loures

Fernandes, A. T. (2011): *Direitos humanos e globalização* – em *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*. Universidade do Porto, Porto

Gilman, S. (1993): *Freud, Race and Gender*. Princeton University Press, Princeton

Hobbes, T. (1651): *Leviathan or the Matter, Forme, & Power of a Common-wealth Ecclesiasticall and Civill*. Green Dragon in St. Pauls Church-yard, London

Hofstede, G. (2003): *Culturas e organizações*. Sílabo, Lisboa

House, et al. (1999): *Cultural influences on leadership and organizations*: Project GLOBE. Stamford, CT: JAL Press

Hungtinton, Samuel P. (1996): *The Clash of Civilizations and the Remaking of World Order*. Simon & Schuster, New York

Mackie, G. (2000): *Female genital cutting: the beginning of the end*. In B. Shell-Duncan & Y. Hernlund (Ed.), *Female “circumcision” in Africa* (pp. 253-282).

Martingo, C. (2009): *O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das guineenses*. ACIDI, Lisboa

Miranda, J. (2000): *Manual de Direito Constitucional, Tomo IV, Direitos Fundamentais*, Coimbra Editora, 3.^a edição, Coimbra.

Morais, A. O. (2012): *O debate entre universalismo e relativismo cultural se justifica?* In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XV, n. 98

Oberreiter, J. A. (2008): *A cut for lifetime. The case of female genital mutilation among the community of Guinea Bissau in Lisbon*. Dissertação de Mestrado em Direitos Humanos e Democratização. Faculdade de Direito da Universidade Nova Lisboa, Lisboa

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001): *Mutilação Genital Feminina – Manual de Formação - Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currícula de Profissionais de Saúde*, Lisboa

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008): *Eliminating Female genital mutilation An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. WHO, Geneva

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016): WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. WHO, Geneva (Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf?ua=1, consultado em agosto de 2016)

Organização das Nações Unidas (ONU) (1999): *Direitos humanos e serviço social: manual para escolas e profissionais de serviço social*, ISSS

Organização das Nações Unidas ONU (2015): *The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations (Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, consultado em agosto de 2016)

Plan International (2007): *Traditions and Rights: Female Genital Cutting in West Africa* (Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/2007_tradition_and_rights_en.pdf, consultado em agosto de 2016)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2015): *Relatório do Desenvolvimento Humano – O Trabalho como Motor do Desenvolvimento Humano*. UN Plaza, Nova Iorque

Siegfried, N.; Muller, M.; Deeks, J. J.; Volmink, J. (2009): *Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men* – em The Cochrane Library, Issue 4

Spencer-Oatey, H. (2000): *Culturally Speaking: Managing Rapport through Talk across Cultures*. Continuum, London

Trompenaars, F. (1996): *Resolving international conflict: culture and business strategy*. London Business School, London

UNESCO (1946): *Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*. (Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002269/226924e.pdf#page=6>, consultado em julho de 2016)

UNESCO (2002): *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*. (Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>, consultado em agosto de 2016)

UNESCO (2005): *Convention on the Protection and Promotion of the Diversity of Cultural Expressions*. Paris (Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001429/142919e.pdf>, consultado em agosto de 2016)

UNESCO (2012): *Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural*. UNESCO (Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf>, consultado em julho de 2016)

UNFPA (2015): *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. UNFPA (Disponível em: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1027123_UN_Demographics_v3%20%281%29.pdf, consultado em julho de 2016)

Documentos Oficiais

Carta das Nações Unidas (1945). São Francisco (Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/onu-carta.html>, consultado em abril de 2016)

Código Penal Português (CP) (1995): Atualizado até à Lei n.º 110/2015, de 26 de agosto. Disponível em <http://tinyurl.com/psegkdq>. (consultado em agosto de 2016)

Constituição da República Portuguesa (1976). Disponível em: <http://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf> (consultado em março 2016)

Declaration of Independence (1776). Philadelphia. Disponível em: http://www.archives.gov/exhibits/charters/declaration_transcript.html (consultado em março de 2016)

Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (1789). Versailles. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789> (consultado em março de 2016)

Health Department – FGM Prevention programme team (2016): *Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding; Guidance for professionals*. London

Artigos

Branco, S. (2002): *O holocausto silencioso das mulheres a quem continuam a extrair o clítoris*. Público, Lisboa

Cosoy, N. (2016): *El silencioso problema de la mutilación genital femenina en Colombia*. Disponível em <http://www.semana.com/nacion/articulo/mutilacion-genital-femenina-en-colombia/481851> (consultado julho de 2016)

Freud, S. (1931): *Sexualidade Feminina*. Int. Z. Psychoanal., vol. 17. Disponível em <http://tinyurl.com/htzh7lu> (consultado em julho de 2016)

Isenberg, S., and L. M. Elting (1976): *A Guide to Sexual Surgery*. Cosmopolitan 181(5):104, 108, 110, 164

Shell-Duncan, B., Wander, K., Hernlund, Y., Moreau, A. (2011): *Dynamics of change in the practice of female genital cutting in Senegambia: Testing predictions of social convention theory*, Social Science & Medicine, vol. 73, nº 8 (1275-1283).

Wollman, L. (1973): *Female Circumcision*. Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine 20(3–4):130–131.

Anexos

Anexo I – Guião de inquérito

1. Qual é o papel da (nome da instituição/ organização) no combate à MGF/C?
2. Quais são as razões pelas quais esta prática persiste no seio de algumas comunidades em Portugal?
3. Considera que os profissionais de saúde têm um papel na eliminação da MGF/C? Porquê?
4. Quantos casos de MGF/C já identificou em Portugal?
 - a) Idades?
 - b) País de origem?
 - c) Tipo de corte?